ANATOMIA
PATOLOGICA
DEL CORPO UMANO

ANATOMIA PATOLOGICA
DEL CORPO UMANO

O

DESCRIZIONE CON FIGURE IN LITOGRAFIA COLORITE

DELLE DIVERSE ALTERAZIONI MORBOSE

DI CUI IL CORPO UMANO È SUSCETTIBILE

DI

J. CRUVEILHIER

Professore d'anatomia alla facolta' di Medicina di Parigi, Medico dell' Ospizio della Salpêtrière, Cavaliere della Legion d'Onore, Membro dell'accademia Reale di Medicina, Presidente perpetuo della Societa' anatomica.

PRIMA VERSIONE ITALIANA

PER CURA

DEL DOTT. PIETRO BANCHELLI.

Volume III.

FIRENZE
PER VINCENZO BATELLI E COMPAGNI
1840.

Fascicolo 41.

MALATTIE DEL CUORE.

Aneurisma parziale

TAVOLA I.

Aneurisma vero parziale del ventricolo sinistro del cuore, occupante la sommità e la parete anteriore di questo ventricolo. Disposizione lamellare dei grumi, del tutto simile a quella degli aneurismi delle arterie. Sacco formato dalle pareti del cuore assottigliate e alterate. — Pericardite emorragica (*).

D'Etange, in età di ottantrè anni, antico militare, risedente a Bicêtre fino da molti anni, il 6 settembre 1834, entrò nell'infermeria lagnandosi di un'eccessiva debolezza, specialmente negli arti inferiori, e malato di catarro cronico. Riscontravasi inoltre: polsi piccoli, frequenti, e a quando a quando intermittenti; oscure e deboli le pulsazioni del cuore; sonorità nella regione di detto viscere. Niente di più fino al 23 settembre, giorno in cui manifestossi una maggior difficoltà di respiro con acceleramento di polso; rantolo crepitante nel lobo inferiore del polmone sinistro, unito a leggiera diminuzione di risuonanza nella regione corrispondente. Salasso alla dose di due bicchieri: il 24, respirazione leggermente tubale; secondo salasso: il 26, molestia nel respiro, ansietà, agitazione, incipiente delirio, respirazione

(*) Devo questa osservazione alla gentilezza del Sig. Prus medico a Bicêtre. I dettagli che la risguardano furono raccolti dal Sig. Ladieu, Interno degli spedali, e membro della Società anatomica.

tubale, e matità di suono alla base del polmone sinistro; le pulsazioni del cuore poco estese, oscure, irregolari, precipitose; alla sera, ingorgo della parotide sinistra. Nei giorni seguenti, ansietà e delirio; ingorgo della parotide destra. Morte il 30 settembre a quattr'ore del mattino.

Necroscopia. — Marcata emaciazione; il cervello in stato normale.

Comprimendo le parotidi producevasi uno sgorgo di pus nella bocca per l'orifizio del canale Stenoniano.

Petto. Sano il polmone destro; epatizzazione rossa di una porzione del lobo inferiore del polmone sinistro.

Cuore. (Fig. 1. tav. I.) Il pericardio conteneva una mezza cucchiajata di siero sanguinolento ed un grumo di sangue, tanto che sarebbesi di primo tratto creduto ad una perforazione del cuore.

Una falsa membrana rossastra e molle FM, FM, poco coerente, sottile e formante come uno strato ineguale, rivestiva la superficie del cuore.

Sommamente aumentato era il volume di questo viscere; aumento che agevole riesciva lo scorgere, anche prima di devenire alla sezione, doversi unicamente al ventricolo sinistro, la di cui sommità rotondeggiante sottentrava notabilmente alla sommità del ventricolo destro, mentre avea il primo acquistato una forma sferoidale.

La fig. I. rappresenta i due ventricoli destro e sinistro aperti, il primo per una sezione verticale, il secondo per una sezione orizzontale. Vi si vede inoltre il ventricolo destro formante una specie di appendice al ventricolo sinistro, sul quale esso modellasi, mentre il setto divisorio fa marcata prominenza nella sua cavità. La sezione orizzontale del ventricolo sinistro presenta una disposizione intieramente simile a quella di un sacco aneurismatico, con più dei grumi sanguigni disposti a strati formanti delle lamine di diversa grossezza, e diversamente colorati.

La fig. 2. mostra una sezione verticale del ventricolo

sinistro, nella quale si scorge: 1.° la cavità di questo ventricolo, di cui solo la parete posteriore è totalmente sgombra da malattia, mentre la parete anteriore, il bordo sinistro, il setto e la sommità sono tappezzati da una grossa membrana resultante da grumi disposti a strati, sui quali è di qualche interesse lo andare intrattenendosi.

La superficie interna e libera di questi grumi vedesi percorsa da delle specie di creste ondulate, poco rilevate, perpendicolari all' asse del ventricolo.

La superficie esterna è talmente adesa all' interna del tessuto del cuore, che di primo tratto egli è impossibile fare una distinzione tra i grumi e il detto tessuto.

L' interno delle due sezioni del cuore (fig. 1. fig. 2.) presenta, corrispondentemente ai grumi, una disposizione lamellare, alla maniera stessa delle pagine di un libro.

Le lamine sulle quali si separano i grumi sanguigni sono di una assai grande ma ineguale consistenza, e ponno esser facilmente separate fra loro. La fig. 3 rappresenta due di queste lamine, GS, GS, divise l' una dall' altra, ambedue con delle strie verticali in senso parallelo alla lunghezza di dette lamine, e come tagliate da altre strie oblique, come sarebbe di una foglia di felce; le quali strie viste colla lente microscopica, mostrano resultare da una serie di granulazioni.

D' altronde elastiche e rossastre, queste lamine non presentano alcuna traccia d' organizzazione, alcuno sviluppo di vasi.

Come nei sacchi aneurismatici delle arterie, le concrezioni sanguigne del cuore offrivano diversi gradi di consistenza; e in mezzo a degli strati di rimarchevol grossezza, elastici e scolorati, denotanti una formazione di lunga data, riscontravansene altri di un sangue nero, concreto, recentemente deposto.

E come nei sacchi aneurismatici delle arterie si vede spesso la superficie aderente del grumo alterarsi e distac-

carsi dalla superficie interna del sacco, ove quest'ultimo si faccia sede di un processo morboso; così, nel caso attuale, vedevasi una parte del grumo essersi distaccata dalla superficie interna del sacco formato dalle pareti del ventricolo; ed una materia poltacea ritrovata nel punto dell'avvenuto distacco, attestava manifestamente della esistenza del morboso processo.

Sul quale è da avvertirsi, che probabilmente il sangue non avrebbe tardato a irrompere tra il grumo e le pareti ventricolari, e che la irritazione nuova da questo liquido cagionata, congiunta alla sua forza impellente avrebbero finalmente indotto il consumo o la rottura del sacco. La qual rottura che fosse imminente dimostrava nel più chiaro modo la pericardite pseudo-membranosa, che pe' suoi caratteri deducevasi, esser di recente data, ed a mio avviso, non altro che il resultato dell'alterazione delle pareti del cuore.

Riflessioni. — L'alterazione che noi rendemmo colla Tavola I, sembrami sia da ravvicinarsi a quella descritta dal Sig. Bérard il maggiore, nella sua tesi inaugurale, e dal Sig. Breschet indicata, allorchè egli occupossi del cuore di Talma, sotto il titolo di *Aneurisma falso consecutivo del cuore*; denominazione impropria, secondo il mio avviso, perchè suppone essere il sacco contenente il sangue, una cavità estranea a quella del ventricolo col quale essa cavità comunicherebbe per una più o meno grande apertura. Cosicchè sembrami che il fatto da noi qui citato riguardar si debba come una naturale interpretazione di tutti gli altri fatti fin ad ora pubblicati sull'aneurisma parziale del cuore; e stia inoltre a stabilire nel modo il più positivo, che questo aneurisma parziale comincia sempre per una dilatazione, e deve conseguentemente venir classato tra gli *aneurismi veri*.

Che in quanto alla differenza esistente tra l'alterazione

di che ora ci occupiamo, e quella descritta sotto il nome di aneurisma falso consecutivo, differenza che nel caso attuale consiste più che in altro, nella mancanza di un sacco o ciste aneurismatica e nella presenza di detto sacco negli altri casi, dirò che essa tiene segnatamente alla estensione della malattia, e forse ancora alla data del suo sviluppo. Imperocchè la estensione dell'alterazione impediva qui manifestamente che la porzione del cuore alterato dilatassesi a segno da giungere a costituire un sacco di aggiunta al cuore stesso; mentre da un altro lato sembrava, che questa alterazione non rimontasse a un'epoca tanto avanzata quanto avanzata era quella delle alterazioni da altri descritte, non essendo tampoco avvenuta in questa, la trasformazione fibrosa delle pareti del cuore.

Qual sia poi il modo d'alterazione delle pareti del cuore, da cui operasi quella dilatazione parziale con assottigliamento e trasformazione delle sue pareti, ossia l'aneurisma parziale del cuore; e quali sieno le cause remote o prossime di questo morboso processo: sono questi due punti di anatomia patologica che meritano le più estese considerazioni.

E primieramente mi sembra che in tal questione apporti non poca luce l'aneurisma vero parziale o circoscritto delle arterie. In fatti allorchè una parte circoscritta del cilindro arterioso diviene la sede di una infiammazione acuta o cronica, (e questa infiammazione sarebbe, a mio avviso, nel più gran numero di casi, l'effetto della mancata proporzione tra la resistenza delle pareti arteriose e la forza impellente del sangue) l'arteria, di cui la resistenza trovasi anche notabilmente diminuita pel fatto della infiammazione o del processo morboso che le succede, l'arteria, io dico, si dilata in quel punto, in un tumore conoide o emisferico; nel qual punto dilatato e infiammato coagulasi il sangue, poichè il coagulamento di questo liquido è il primo effetto di una infiammazione dei vasi. Quindi il sangue coagulato costituisce talvolta come una diga atta a

preservar l'arteria da un impulso troppo vivo e troppo sostenuto, dal che viene allora l'arteria a presentare su di una parte della sua circonferenza, una specie di appendice conoide o emisferica colla base rivolta alla cavità arteriosa, e contenente un grumo sanguigno coerentissimo. In questo stato di cose, se la infiammazione dell'arteria si dissipa, l'apertura di comunicazione col sacco viene otturata dal grumo che si organizza in un tampone duro e come fibroso; l'aneurisma parziale non si fa manifesto per alcun disordine, e la sola necroscopia ne dimostra l'esistenza. Ma se, come il più di sovente accade, continuandosi in qualunque modo l'infiammazione dell'arteria, il grumo salutare viene a distaccarsi e l'arteria trovasi violentemente e bruscamente perforata, o sivvero consumata dal di dentro al di fuori, allora il sacco aneurismatico acquista una consistenza per l'applicazione successiva di tutte le parti vicine, le quali in certo modo concorrono a supplire alle parti già consumate; subiscono quindi la trasformazione fibrosa e formano un sacco di complicata struttura resultante dagli avanzi del tessuto proprio dell'arteria e dalle parti nuove, divenute accidentalmente parti costituenti delle vie della circolazione.

Ora nell'applicazione di questi dati di fatto alla formazione dell' aneurisma parziale del cuore, giovi qui l'osservare, come nello stato normale di questo viscere tutti i punti dei ventricoli si contraggano simultaneamente per spingere il sangue nel sistema arterioso; contrazione cui sempre congiungesi la percussione o la pressione del sangue contro le pareti del viscere: mentre ad attenuare gli effetti di questa percussione, oltre la resistenza offerta da dette pareti, sta la struttura particolare della superficie interna di esse, la qual superficie mostrasi tappezzata come da un tessuto spungioso areolare, entro il quale venendo a rompersi l'ondata del sangue, ha già perso questo fluido gran parte del suo movimento, allorchè la sua forza impellente si spiega di-

rettamente sulla porzione compatta delle pareti ventricolari.

Premesso ciò, se in qualche punto della circonferenza dei ventricoli facciansi minori e la resistenza e la forza contrattile, chiaro apparisce, che ivi appunto diverrà maggiore l'impulso del sangue; e questo impulso fattosi causa d'irritazione avrà per resultato la permutazione delle fibre muscolari nei tessuti fibroso, cartilagineo ed anche osseo.

Così, ritener si dovranno quali cause d'aneurisma parziale del cuore tutti quegli agenti idonei a diminuire la forza di resistenza in qualche punto delle pareti di questo viscere. Ed io saprei vederne una potissima, anzi la principale, nel doppio processo morboso, e della infiammazione, che insieme col render la fibra muscolare più fragile le toglie la sua contrattilità, e della trasformazione fibrosa del tessuto del cuore, alterazione che può aver luogo primitivamente e indipendentemente da qualunque flogosi del viscere. Delle quali due cause se talora una prevalse all'altra nella formazione dell'aneurisma parziale del cuore, numerosi fatti provaronmi esser questa l'ultima, cioè la trasformazione fibrosa primitiva.

In quanto poi alla sede dell'aneurisma parziale, è questa ordinariamente la sommità del cuore, la parte cioè la meno resistente del ventricolo sinistro. Raramente la offerse il destro ventricolo, di che si ha la ragione nella poca grossezza delle pareti di questa ultima cavità e nella sua struttura più areolare, di quello sia nella cavità sinistra, le di cui valide contrazioni costituiscono d'altronde la ragion fisiologica della sua maggior predisposizione a questo genere di malattie.

Nel vario andamento che assumer può l'aneurisma parziale del cuore è da notarsi: che ove la nominata trasformazione fibrosa abbia luogo in uno dei punti delle pareti del viscere, la distensione che ivi si effettua ad ogni contrazione, diviene causa incessante d'irritazione, per cui in

questo sacco non contrattile formansi dei grumi, i quali come una diga servir ponno a isolare il sacco stesso e ad impedirne il progressivo aumento. Così, in molti casi mi avvenne di osservare non essere il cuore notabilmente alterato di forma, abbenchè nella sua sommità esistesse un principio di sacco fibroso; come pure in altri casi di aneurisma parziale, non aveasi avuto, durante la vita, segno alcuno della benchè minima lesione.

Talora la porzione del cuore trasformata dilatasi in un sacco, che mostrasi come un' appendice al ventricolo, col quale è in comunicazione per un orifizio più o meno ampio.

Finalmente è da notarsi, come in questo genere di aneurismi possa qualche punto del sacco farsi sede di una erosione o di altra alterazione, da cui provenga una emorragia mortale; o sivvero delle aderenze fra esso e il pericardio, o tra il pericardio e le parti vicine; aderenze le quali stieno a ritardare o anche a impedire affatto la nominata erosione, producendosi così quell'aneurisma parziale del ventricolo sinistro del cuore, cui si dà il nome di aneurisma falso.

MALATTIE DEL CERVELLO.

Apoplessia della protuberanza dei peduncoli del cervello e del cervelletto.

Tavola II.

La fig. 1. rappresenta un fuocolare apoplettico della protuberanza, spettante a un individuo, su cui non altra notizia pervennemi, se non che essere egli morto in meno di un' ora con tutti i sintomi di una apoplessia fulminante, cioè coll' abolizione istantanea e completa della intelligenza, del senso e del moto.

Vedesi (fig. 1.) la protuberanza convertita in una specie di sacco limitato, in dietro, dalla midolla allungata MA, e prolungantesi in avanti e da ciascun lato, nella grossezza dei peduncoli cerebrali PA, PA, e in dietro e a destra nella grossezza del peduncolo *destro del cervelletto*, e del cervelletto stesso C, C. Inoltre questo sacco vedevasi in avanti largamente aperto tra i peduncoli cerebrali, i quali eran rimasti lacerati fino al punto della loro continuità coi talami ottici. Finalmente alla base del cervello osservavasi una quantità di sangue stravasato nel tessuto cellulare sub-aracnoideo.

La fig. 2, il di cui pezzo patologico riguarda un individuo sul quale pure manco affatto di qualunque notizia istorica, presenta la lacerazione dei peduncoli cerebrali e del piano superiore dell' istmo dell' encefalo. Pieni di sangue erano ambedue i ventricoli: la protuberanza propriamente detta era andata immune dal morboso processo, meno che nel suo più superiore strato. Perfettamente illesi mostravansi i peduncoli del cervelletto.

Potemmo osservare alla Salpêtrière, ove i casi di apoplessia della protuberanza sono frequentissimi, che la emorragia,

ora costituisce dei piccoli nuclei pisiformi, ora il sangue stravasato forma tante strie disposte linearmente secondo la direzione trasversale delle fibre della protuberanza. Questi ultimi casi non sono mortali, e solo lo divengono ove abbiasi coincidenza di queste forme leggiere di apoplessia della protuberanza con altre lesioni. Finalmente, altra volta, osservossi il fuocolare apoplettico occupare, a tutta sostanza, la protuberanza e anche l' istmo dell' encefalo; nei quali casi, o il sangue riscontrasi aggrumato in una ciste a pareti lacerate, o fassi strada, sia all'esterno sotto l'aracnoide, che talvolta resta essa pure lacerata, sia all' interno, nel quarto ventricolo, sia finalmente e all' esterno e all' interno al tempo stesso. La quale specie di apoplessia con sì esteso fuocolare della protuberanza, è quella che più delle altre si fa istantaneamente mortale.

Ecco qui sotto dei casi di questa specie, e di cui le notizie istoriche potranno in parte compensare a quelle mancanti nei casi suddescritti.

Apoplessia della protuberanza, fattasi mortale in due ore (*). Fuocolare apoplettico apertosi nel tempo stesso ed alla superficie del cervello e nel quarto ventricolo.

Marianna Lavaray, di 73 anni, convalescente alla Salpêtrière di una frattura del radio, il 23 settembre 1835, cade istantaneamente senza cognizione, colpita da fulminante apoplessia. L' Interno di guardia le pratica un salasso, ma l' ammalata, dopo due ore, manca alla vita.

Necroscopia — I tegumenti del cranio mostransi ingorgati di sangue, ed asportata la volta della scatola ossea; fluisce del pari il sangue a spesse gocce dalla superficie esterna della dura madre, che da questo liquido vedesi tutta distesa e sollevata e di un color turchiniccio.

(*) Osservazione raccolta dal Sig. Godin, interno alla Salpêtrière.

Tra quest' ultima membrana ed il cervello circondato dalle sue membrane, cioè a dire tra la lamina esterna e la lamina cerebrale dell' aracnoide, come pure nella cavità stessa dell' aracnoide, riscontrasi uno strato di sangue di due linee di grossezza, metà liquido, metà aggrumato, ciò che stava a dimostrare patentemente esser l' aracnoide rimasta lacerata.

Non era alla faccia superiore del cervello alcuna alterazione da cui provenisse un versamento sanguigno sia alla base come alla convessità del viscere: intanto il cervello, il cervelletto e la protuberanza mostravansi circondati da uno strato di sangue. La protuberanza assai voluminosa, di un color violaceo, trasformata in una ciste ripiena di un sangue nero alla sua superficie, che comunicava per mezzo di una piccola lacerazione corrispondente alla parte laterale destra della ciste, col sangue della superficie del cervello. E non solo questo liquido erasi dal fuocolare della protuberanza portato all' esterno, ma avea irrotto pure nei ventricoli terzo e quarto, i quali così vedeansi ripieni di sangue, mentre i due ventricoli laterali contenevano un siero sanguinolento. In stato normale mostravansi l' arteria basilare e le sue diramazioni.

Torace. Cuore voluminosissimo; ventricolo sinistro notabilmente ipertrofizzato; le altre cavità di questo viscere non presentavano alcun che di rimarchevole, e niun ostacolo reale esisteva alla libera circolazione, seppure tale non voglia dirsi un leggiero indurimento delle valvule mitrali e sigmoidee.

I polmoni vedevansi inzuppati di siero spumoso. —

Apoplessia della protuberanza, mortale in cinque ore. Fuocolare aperto nel quarto ventricolo. (*)

Questa osservazione, raccolta contemporaneamente alla precedente, presenta il quadro clinico il più fedele dei sintomi che costituiscono la fisonomia della apoplessia della protuberanza.

Maria Thillet di 62 anni, il 7 settembre 1835, a quattro ore del mattino, nel rimontar che ella faceva il letto dopo aver soddisfatto a pressante bisogno, cade sul suolo priva di cognizione. L' Interno di guardia visitatala dopo un quarto d'ora potè osservare: perdita assoluta della cognizione, del senso e del moto; in un totale abbandono le estremità; niun storcimento della bocca; leggiero batter di palpebre; polso duro e forte, a 80: *salasso di* 16 *once*; *senapismi*; *clistere purgativo*. Trasportata alla infermeria, e collocata nella Sala S. Alessandro, N.° 4, l'ammalata offre i seguenti sintomi: respirazione stertorosa; abolizione completa del senso, del moto e dell'intelligenza; niun abbassamento delle pinne del naso (**); i polsi mantengonsi in una certa pienezza, per cui si deviene a nuovo salasso

(*) Osservazione raccolta dal Sig. Diday, Interno alla Salpêtrière, e addetto alla mia clinica.

(**) Nello studio delle paralisi è per me di grande importanza il segno dell' abbassamento delle pinne del naso. In un gran numero di casi è questo l' unico segno della paralisi che più degli altri soglia riscontrarsi; e soventi volte, dietro questo solo segno io potei riconoscere nel malato che io vedea per la prima volta, da qual parte esisteva la paralisi. Nel cadavere pure *questo segno è presso a poco infallibile*, e unicamente per esso deducevasi nel cadavere del Sig. Dupuytren da qual lato avea avuto luogo l' emiplegia faciale. Rilevasi la causa anatomica di questa disposizione dalla struttura stessa delle ali del naso, la quale non è cartilaginea, come ordinariamente si crede, ma intieramente muscolare, o piuttosto consistente in uno strato muscolare, in un vero sfintere, esteso a tutta la larghezza dell' ala del naso, e intermedio a due membrane tegumentali, l'una cutanea, l'altra muccosa. —

che dopo la sortita di poche gocce di sangue viene susseguito istantaneamente da notabile cangiamento di polso, che si fa filiforme e depresso. Proponendoci intanto di conoscere quanto facile fosse la deglutizione, prima di devenire all' amministrazione di un purgante, versiamo nella bocca dell' ammalata una cucchiajata di brodo, che sembra penetrare nelle vie aeree, come facealo credere non la tosse, la quale pure non potea effettuarsi, ma la istantanea soffocazione, il gonfiamento delle vene giugulari, ed il colore violetto della faccia: invano tentossi di provocare dei colpi di tosse, ed il vomito vellicando l'istmo delle fauci; deboli e mancanti faceansi al tempo stesso e il polso e il respiro; l' ammalata a 9 ore del mattino non era più.

I commemorativi risguardanti la Thillet erano: che essa risiedeva nella Salpêtrière fino da 18 mesi; che niun altro attacco apoplettico aveala sorpresa avanti l' ultimo, la di cui invasione era stata tre o quattro giorni prima preceduta da cefalalgia, che non aveale impedito di dedicarsi alle sue ordinarie occupazioni, nè disturbato menomamente l' appetito.

Necroscopia. — La protuberanza presentavasi sotto l' aspetto di un sacco fluttuante. Del sangue semi-liquido era contenuto in un fuocolare, che inviava dei prolungamenti oblonghi nella spessezza delle parti sane della protuberanza stessa; questo fuocolare non comunicava punto all'esterno, ma sibbene all'interno nel quarto ventricolo: quindi attorno di esso vedevansene altri più piccoli, pisiformi o lenticolari ed isolati. Sani mostravansi i tubercoli quadrigemelli. Rimarchevole quantità di siero color feccia di vino, riscontravasi nei ventricoli laterali.

Alcune cicatrici giallastre nelle circonvoluzioni inferiori e posteriori dell' emisfero destro, attestavano una apoplessia antica di dette circonvoluzioni.

Torace. Il cuore presentava rimarchevole tenacità; i ventricoli quasi intieramente vuoti ed il sinistro ipertrofiz-

zato; i polmoni sani e senza l' edema solito a riscontrarsi nel loro bordo posteriore.

Apoplessia del peduncolo cerebrale destro e della metà corrispondente della protuberanza. Morte al 4° giorno di malattia.

Francesca Paulin, in età di 71 anno, risiedeva fino da quattro mesi nella sala delle *gâteuses*, con perdita involontaria della orina; indebolita era la miotilità, l' ammalata potea sempre camminare sostenuta da due persone; imbarazzata, ma distinta era la parola; conservate le facoltà intellettuali.

Il 17 marzo 1834, essendole stati portati dal suo marito degli alimenti in quantità, ella fu sorpresa dopo la ingestione di essi, da vomito e diarrea; più marcata si fè la paralisi soprattutto dal lato sinistro, e non più intelligibile fu la parola.

Trasferita, il 18 al mattino, alla infermeria, trovavasi nello stato seguente: decubito sul dorso; completa immobilità al pari di una statua; solo se le si procuri qualche fisica impressione o la s' interroghi, il respiro si accelera, ella fa qualche moto col capo e cerca di rispondere; versa qualche lacrima e contrae i muscoli della faccia, come se comprendesse la gravezza del proprio stato; mette fuori con lentezza la lingua, la quale non offre sensibile deviazione: injettata è la congiuntiva; sporgenti gli occhi.

L' arto superiore sinistro è immobile, ma di un' estrema rigidità, ed insensibile a qualunque mezzo stimolante (paralisi con rigidità). *L' arto superiore destro* è in uno stato di completo rilassamento; lasciato al suo proprio peso ricade come una massa inerte, ma quando lo si stimoli in qualche modo, l' ammalata lo muove ritirandolo. Retraggonsi pure gli arti inferiori ove sieno stimolati, del resto sono essi affatto immobili; finalmente sì gli uni che

gli altri van del pari sottratti all' impero della volontà. Difficilissima è la deglutizione; sbadigli; polso forte, duro, resistente, naturale per la frequenza. — *Salasso dal piede, infusione d' ipecacuana, limonata tartarizzata.*

Nei giorni 19 e 20: assopimento; fisionomia scontraffatta; immobilità; completa insensibilità. L' arto superiore sinistro è affatto paralizzato, ma meno irrigidito del giorno avanti; nel medesimo stato conservasi l' arto superiore destro; qualche grado di sensibilità negli arti inferiori, che si retraggono ove sieno stimolati; impossibile la deglutizione; lentissima la respirazione e così debole, che appena la si rende apprezzabile; polso frequente e duro; calore cutaneo. Questo stato febbrile consecutivo stando a indicare, per quello io ne pensi, un processo inflammatorio attorno il fuocolare primitivo, prescrivo dieci sanguisughe a ciascun processo mastoideo, dalle quali si ottiene molto sangue. Il 21: pallor della faccia; immobilità; rilassamento completo e generale degli arti; respirazione poco percettibile; polso debole e poco frequente; deglutizione impossibile.

Necroscopia. — Fuocolare di sangue nero, coagulato, occupante la grossezza del peduncolo destro del cervello e della corrispondente metà della protuberanza, ed esteso fino sulla linea mediana; questo fuocolare è perfettamente circoscritto in tutti i punti della sua circonferenza. La sostanza cerebrale che trovasi in contatto immediato col sangue stravasato, è lacerata, rossastra e rammollita per una linea almeno di altezza.

Inoltre esistevano nel cervello due piccoli fuocolari antichi, uno dei quali risiedeva nella volta del ventricolo sinistro, l' altro occupava il lato esterno del corpo striato.

Analizzando i fenomeni morbosi offertici da questa osservazione, abbenchè malagevole ne riesca il determinarne la provenienza, pure havvi molta probabilità ad ammettere, che i fenomeni diretti di paralisi tenessero alla apoplessia del peduncolo, ed i fenomeni incrociati alla apoplessia della protuberanza.

L' osservazione che segue dimostra nel più chiaro modo, come le risorse della natura abbiano portato alla guarigione dei fuocolari apoplettici della protuberanza.

Emiplegia completa del moto, incompleta del senso a destra; impossibilità di articolare i suoni; integra la intelligenza. Morte dopo sei anni per malattia del tutto estranea all' attacco apoplettico. Cicatrice con deformità considerevole della protuberanza. (Fig. 3 e 3')

Maria Duffet, di robusta costituzione, di un aspetto della più florida salute, nell' anno 52 di sua età venne, il 3 maggio 1829, trasportata alla Salpêtrière in uno stato di emiplegia, i di cui caratterim antennersi eguali fino alla morte. Riuscito impossibile di mettere in chiaro l' epoca precisa in che ebbe luogo l' attacco apoplettico, ecco quale era il suo stato nell' ottobre del 1832.

Emiplegia a destra, completa per il moto, incompleta per il senso, con rigidità degli arti paralizzati, *impossibilità assoluta di articolare i suoni*, tanto che qualunque sforzo per formar la parola si risolveva in una balbuzie affatto inintelligibile, e in dei suoni inarticolati, interrotti da lacrime e da singulti, unici mezzi di esprimersi che rimasti erano all'ammalata, ed ai quali essa facilmente ricorreva, poichè bastava lo accostarsi al suo letto, esplorarle il polso, indirizzarle qualche parola, dettare una qualche prescrizione relativa al suo stato, perchè essa si sciogliesse in abbondanti lacrime, cui univasi il color vermiglio della faccia, e delle scosse convulsive nei muscoli inservienti alla respirazione. Inoltre la deglutizione effettuavasi con assai difficoltà, come l'ammalata stessa indicava, accennando colla mano sinistra alla faringe. Integra e piena la intelligenza; lo sguardo scrutatore sembrava indovinare il pensiero; con dei moti della testa, con dei suoni

inarticolati ella esprimeva l' orrore che la sua posizione le arrecava. E singolarmente chiaro appariva come integra mantenessesi la intelligenza, allorchè non giungevasi a intendere il suo pensiero; poichè allora la sua mano sinistra, i suoi occhi, i movimenti del suo braccio, le scosse del capo, i suoni inarticolati, le sue lacrime, i suoi singulti, congiunti alle scosse convulsive, costituivano un linguaggio d'azione veramente penoso per l'osservatore. Tutti i quali segni d' impazienza e di dolore si cangiavano tosto in un pianto di gioja e in dei gesti di approvazione, ove si giungesse a indovinare ciò che ella voleva esprimere.

Del resto, involontarie erano le evacuazioni alvine, sconcerto per cui l'ammalata trovavasi antecedentemente nella sezione delle *gâteuses*.

Nel corso di un anno in che ella risiedè nelle mie sale cliniche ebbi luogo di osservare che pure negli arti sinistri, dei quali d'altronde servivasi l'ammalata, non integra affatto conservavasi la miotilità; inoltre essa lagnavasi spesso di dolore al capo, che venia costantemente allontanato col salasso. Trasferita quindi nella sezione delle invalide, io non la visitai che di tempo in tempo; ma verso la metà del mese di aprile 1834, essendole incominciato a diminuir l'appetito, che fino allora erasi conservato eccellente, fu il 28 nuovamente trasportata all' infermeria, ove da noi esaminata, ci offerse quelle medesime condizioni cerebrali che più alto accennammo; di più: smagrimento; moto febbrile; tosse; inzuppamento polmonare; larga escara al sacro, da cui credo io originata la febbre e la emaciazione.

E per tutto il mese di maggio fè questa escara sì terribili progressi, ad onta di ogni mezzo impiegato a limitarla, che il coccige e la parte inferiore del sacro mostraronsi a nudo, ed una porzione dei muscoli gluzj e la pelle che gli ricopre ne andaron del pari attaccati. Quindi respirazione frequente, aumento dell' inzuppamento polmonare;

difficile la espettorazione, tanto che l'ammalata toglieasi colle mani le muccosità rimontate nella bocca; polso piccolo e frequente; rapido deperimento; ottusa la intelligenza. Morte il 3 giugno.

Necroscopia. 24 ore dopo la morte. — *Testa.* Di notabile altezza le pareti della volta del cranio e compattissimo il loro tessuto, per cui il loro peso era il doppio di quello che offrir suole la volta del cranio in stato normale.

Sulla faccia interna della dura-madre esistevano dei piccoli punti e placche rosse, costituite da piccoli vasi venosi. I quali vasi appartenevano a delle false membrane estremamente sottili adese validamente alla faccia interna della dura-madre, da cui però non restava difficile il separarle.

Al di sotto l'aracnoide abbondante quantità di siero, che riempiva gli spazj prismatici e triangolari che vengono intercettati dalle contigue circonvoluzioni e dalla aracnoide stessa. — Altra quantità di siero esisteva nella escavazione mediana della base del cervello e nel canal vertebrale.

Levato il cervello dalla scatola ossea (ed io soglio levarlo con una sezione sui peduncoli cerebrali), indarno andai in esso cercando la causa della emiplegia. Perfettamente sani erano i due emisferi; solo ne sembrò che la sostanza grigia di alcune circonvoluzioni della parte posteriore e superiore dell'emisfero destro, fosse rammollita, senza aver cangiato di colore; alterazione però che anche una volta constatata, non potea riguardarsi se non se come una resultanza degli ultimi periodi della malattia.

Esclusa dunque nel cervello qualunque lesione materiale che fosse sorgente della emiplegia, dovea questa trovarsi nella protuberanza e nel cervelletto. Ora, la protuberanza (fig. 3, tav. II.) vedesi infatti piccola, informe e presentante due cicatrici con perdita di sostanza in prossimità del suo bordo inferiore. A destra poi, l'alterazione non solo alla protuberanza ma si estendeva ancora al peduncolo corrispondente del cervelletto.

Dal che chiaro apparisce, che *la metà destra* della protuberanza è più alterata sulla sua superficie *della metà sinistra.*

Quindi i corpi piramidali anteriori erano a tal segno atrofizzati, che nelle mie note prese nell' atto della esecuzione della necroscopia, io aveva scritto » mancanza totale del corpo piramidale anteriore a sinistra, e atrofizzato il corpo piramidale anteriore destro. » In questo rapporto devo io qui rettificar la figura, la quale essendo stata terminata in mia assenza, rappresenta le parti un poco troppo accostantesi allo stato normale.

Voluminosi e induriti erano i corpi olivari; di un color grigiastro i nervi grandi-ipoglossi; la midolla allungata sembrava separata dalla protuberanza come per una specie di strozzamento.

Previe molte sezioni della protuberanza, io potei constatare, (circostanza sommamente notabile) che la cicatrice con perdita di sostanza della metà destra di essa protuberanza era poco profonda, mentre al contrario estremamente profonda era quella della metà sinistra, rappresentata dalla fig. 3, interessando ancora in quasi la sua totalità, la grossezza della protuberanza. Ambedue dette perdite di sostanza venivan rimpiazzate da un tessuto cellulare grigio-giallastro, infiltrato di siero.

La falce del cervello presentava a destra un tumore fibroso della grossezza di una nocciuola.

La midolla spinale era perfettamente sana.

Il *cuore* del volume ordinario offriva delle granulazioni calcaree sulle valvule aortiche.

Riscontravasi poi l' aneurisma parziale per dilatazione, e *l' aneurisma vero parziale dell'aorta toracica.* Questo aneurisma di tre pollici di lunghezza occupava la parte laterale destra dell' arteria: la sua superficie era a rilievi, la cavità ripiena di grumi fibrinosi densissimi e validamente aderenti. I quali grumi presentavano sulla loro superficie

libera una disposizione lamellare, alla maniera delle lamine della faccia inferiore di alcune specie di funghi. Il sacco aneurismatico che avea poca profondità, aprivasi nella cavità dell' arteria per una apertura amplissima. La porzione d' arteria dilatata mostravasi rugosa, ulcerata in alcuni punti. Il rimanente dell' aorta presentava qua e là delle placche calcaree.

Questo caso di aneurisma vero parziale delle arterie sembrami ammetta una comparazione coll' aneurisma vero parziale del cuore.

Riguardo poi alla escara del sacro, era questa assai considerevole e, come sopra avvertimmo, avea essa distrutto una assai estesa porzione di tegumento e non piccola parte dei muscoli gluzj.

Riflessioni. Resulta dal narrato fatto:

1.° Che le apoplessie, sieno esse pure considerevoli, non sono sempre mortali; verità che mi avvenne di confermare nella mia pratica nei molteplici casi da me riscontrati di cicatrici della protuberanza. Queste cicatrici poi, non altro furono se non che, ora dei densi nuclei giallastri o brunastri, ora delle cisti più o meno regolari traversate da dei filamenti cellulosi, e ripiene di umor sieroso. E le pareti di queste cisti ora mostraronsi giallastre o brunastre come nelle cisti che succedono a dei fuocolari apoplettici, ora affatto incolore; circostanza che dimostra esser queste ultime cisti i resultati di un rammollimento della protuberanza.

2.° Che l' apoplessia della protuberanza non esercita alcuna influenza sulle facoltà mentali; che sembra esaltare la sensibilità morale; che determina dei fenomeni emiplegici del moto e del senso; che finalmente *rende spesse volte l'articolazione dei suoni o difficile o impossibile.* E qui giovi il riflettere, che non ostante tutta la importanza che dar si voglia a questo ultimo fatto, non è certo da rite-

nersi la protuberanza anulare l' organo esclusivo dell' articolazione dei suoni più di quello che per le emiplegie riguardar si voglia come l'organo movente gli arti superiori e inferiori. È questo in fatti un fenomeno consecutivo a lesioni occupanti diverse sedi. E sebbene possa io sostenere non aver mai visto fuocolare o cicatrice, comunque piccoli si fossero nella protuberanza, senza una difficoltà più o meno grande nell' articolazione dei suoni, numerosi fatti però, dei quali moltissimi osservati alla Salpêtrière (*) e che qui sotto amo di riportare, vanno attestando potersi avere il nominato sconcerto congiunto a lesioni residenti in tutt'altra parte che nella protuberanza.

In un caso d' emiplegia completa del senso e del moto, *con impossibilità completa di articolare i suoni* e con integrità della intelligenza, la consecutiva necroscopia fè ritrovare un fuocolare apoplettico considerevolissimo nella metà posteriore della convessità dell' emisfero opposto al lato paralizzato.

In un altro caso d' emiplegia del moto a destra con *impossibilità di articolare i suoni*, l'ammalata essendo morta sei anni dopo l' attacco, riscontrai al di fuori dei talami ottici e dei corpi striati e a spese di quella parte cui può darsi il nome *di corpi striati esterni*, un fuocolare celluloso cicatrizzato, occupante tutta la lunghezza dei nominati talami e corpi striati, più molte cicatrici delle circonvoluzioni e molte piccolissime perdite di sostanza nel centro dell'emisfero corrispondente.

Un terzo caso d' emiplegia completa del moto e incompleta del senso a destra con *impossibilità di articolare i suoni*, offriva la distruzione completa del talamo ottico sinistro e della porzione corrispondente del corpo striato, più una ciste antica nel centro della protuberanza, sap-

(*) Vedete sull'istesso soggetto Nouv. medic., 1825, tom. IX, p. 301, ove ho pubblicato una memoria sul quesito: Se la facolta di articolare i suoni muova dai lobi anteriori del cervello, come ha avanzato Gall.

pezzata da sottilissima membrana; inoltre due cicatrici al di sotto l'aracnoide sulla grossa estremità del corpo striato destro; altra piccola cicatrice come infiltrata del corpo calloso, nel punto di riflessione del suo bordo anteriore. In questo caso, del pari che nei precedenti, la moltiplicità delle lesioni rende difficile il determinare la parte che ciascuna di esse prendeva nell' alterata articolazione dei suoni.

In un quarto caso d' emiplegia a destra *con impossibilità di articolare i suoni*, presentatoci da una donna di 45 anni, datando la malattia da molto tempo, il corpo striato sinistro in quasi la sua totalità era rimpiazzato da una compattissima cicatrice.

Finalmente un quinto caso d'emiplegia faciale dal lato sinistro *con impossibilità completa di articolare i suoni*, presentommi molte delle circonvoluzioni posteriori dell'emisfero destro del cervello come solcate da delle cicatrici giallastre, e qualche altra cicatrice nella sostanza bianca, la quale era rammollita e come infiltrata; quindi un fuocolare celluloso giallastro a spese del corpo striato esterno; finalmente le circonvoluzioni posteriori dell' emisfero destro del cervelletto egualmente solcate da delle cicatrici superficiali.

3.° Non ben determinabili sono i segni della apoplessia della protuberanza, e invano fino ad ora cercai di poterli stabilire in un modo veramente assoluto e caratteristico (*). Lo stato di generale collapsus, la perdita completa del senso e del moto, l' abolizione completa della intelligenza, la morte rapida, sono, è vero, le conseguenze degli estesi fuocolari sanguigni della protuberanza, ma son pure i segni comuni alle forti apoplessie e del cervello e del cervelletto. Nè qui è di poco momento lo avvertire che non la-

(*) Vedete l'art. Apoplexie, del Dizionario di medicina e di chirurgia tom. III, p. 201.

scisi il pratico imporre da quello stato apoplettiforme simpatico di grave lesione esistente in qualche altro organo. Sul qual proposito rammenterò come molti studenti della Salpêtrière, testimoni di una apoplessia della protuberanza, che era divenuta mortale in poche ore, soverchiamente impressionati da questo caso, non esitassero, due giorni dopo, a diagnosticare la stessa alterazione in una donna attaccata da cancro dell'utero, che era caduta istantaneamente in uno stato apoplettiforme, del tutto simile al precedente; dissentendo essi in ciò dal mio avviso che portava, essere invece il cervello, il cervelletto e la protuberanza perfettamente intatti, e la forma apoplettica affatto simpatica della affezione dell'utero; il che venia poi confermato colla consecutiva necroscopia.

Così, in altro caso da me osservato di paralisi generale più marcata a destra che a sinistra, risguardato da me come una apoplessia della protuberanza, la necroscopia mostrava due versamenti, uno nella sostanza del talamo ottico destro, l'altro nel talamo ottico sinistro.

Ed in quanto alla rapidità della morte dirò, come essa non sia propria ed esclusiva della apoplessia della protuberanza, avvegnachè vengan da molti pratici confermati i casi di apoplessia del cervello, mortali in meno di un'ora.

La questione poi sul fatto relativo allo incrociamento dei fenomeni morbosi nella apoplessia della protuberanza, abbenchè dalla osservazione citata di sopra mostrisi, di primo tratto, risoluta negativamente colla fig. 3, la quale offre la protuberanza nella sua superficie molto più attaccata nella metà destra che nella metà sinistra, esistendo l'emiplegia a destra, se si consideri però che la cicatrice della metà sinistra, sebbene meno estesa in superficie, trovasi esser dell'altra assai più profonda, dietro così parlante fatto, forza sarà il convenire che realmente ha luogo il detto incrociamento, il quale vien poi confermato da molte e molte altre osservazioni. E qui è pure di non poca importanza

il ricordare, come nel caso testè descritto, si avessero incompleti e il moto e la forza nella parte del corpo non paralizzata: di che trovasi la ragione nelle alterazioni offerte dalla necroscopia. (*)

Chiamerò finalmente l'attenzione sull'atrofia dei corpi piramidali anteriori, che coincideva colla lacerazione della protuberanza, e che mostravasi assai più completa la sinistra in forza appunto della nominata lacerazione, e più completa ancora di quei fascetti piramidali, che disposti a strati traversano la protuberanza a diverse profondità. Questa atrofia sembrerebbe stabilire che i corpi piramidali procedono nel loro sviluppo dall'alto in basso e non dal basso in alto come generalmente si crede.

(*) In generale, nei casi di paralisi lo stato della metà del corpo non paralizzata passa troppo inavvertito dalla clinica osservazione.

MALATTIE DEGL' INTESTINI.

INVAGINAZIONI.

Tav. III.

Fig. 1, 2, 3: Prolasso del retto, o invaginazione del retto dentro se stesso.

La fig. 1 rappresenta un prolasso del retto R osservato in un vecchio di Bicêtre (*).

Non esiste alcuna solcatura o cul di sacco circolare tra lo sfintere e l' intestino spostato. Il tumore sembra nascere direttamente dall' ano.

La fig. 2 mostra un prolasso del retto R riscontrato in una bambina di 6 in 7 anni. Qui pure manca la solcatura circolare; la pelle del perineo e del contorno dell' ano P continuasi senza alcuna linea di demarcazione colla superficie muccosa degl' intestini. L' orifizio O, che occupa la parte inferiore del tumore, è circolare.

Nella fig. 3 si ha rappresentata la sezione del bacino appartenente all' istesso soggetto. P è il pube, V la vescica, U l' utero, V la vagina. Inoltre l' ernia del retto R mostra chiaramente essere una invaginazione della sua parte superiore dell' intestino nella sua parte inferiore. Colla più grande esattezza vedesi reso nella figura il punto di riflessione del peritoneo, sia in dietro, ove questa membra-

(*) Io avea fatto disegnare una sezione del bacino di questo soggetto come nella fig. 3; ma non avendo il disegno rappresentato colla dovuta esattezza il punto di riflessione del peritoneo, punto che mi sembrava il principale in questo caso, così feci il sacrifizio di quella figura alla quale potrò in breve supplire con altra.

na si scorge sommamente sollevata; sia in avanti, ove corrisponde alla parte inferiore del tumore; ed ivi il cul di sacco peritoneale CSP costituisce il punto più declive; in dietro, la parte invaginante vedesi unita alla parte invaginata per mezzo di un tessuto cellulare adiposo.

Riflessioni. — Dai quali fatti se ne inferisce: 1.° che lo spostamento del retto ha luogo senza lo spostamento della vagina nella donna, come senza lo spostamento della vessica nell'uomo; 2.° che tanto la superficie invaginante come la superficie invaginata sono rivestite anteriormente dal peritoneo, ciò che dimostra aver ceduto allo spostamento le aderenze naturali della vagina e del retto; 3.° che ove s'incidesse il tumore anteriormente, anche nel punto il più declive, penetrerebbesi immediatamente nella cavità peritoneale, ciò che non accadrebbe in una incisione praticata sull'indietro del tumore medesimo.

Il rilassamento delle aderenze tra l'intestino retto e la vagina nella donna, e la vessica nell'uomo, è questo un fatto, che con tutta la probabilità può ammettersi come costante nel prolasso del retto; pure in un caso di prolasso da me osservato in una donna adulta, potei constatare, che il rovesciamento cominciava al di sopra le aderenze intime che uniscono la vagina all'intestino.

Nei rovesciamenti antichi e considerevoli del retto, l'orifizio dell'ano è enorme e i suoi limiti sono quelli dello stretto inferiore del bacino; lo sfintere trovasi a tal segno atrofizzato, che le sue fibre sono pallide e continuansi, senza linea distinta di demarcazione, colle fibre circolari dell'intestino retto. Talvolta anche le stesse fibre circolari della tunica muscolare del retto sonosi viste atrofizzate in tutta la porzione invaginante dell'intestino, e all' incontro, di uno sviluppo molto al di sopra del naturale le fibre longitudinali; quindi la muccosa non aderisce, in questi casi, alle membrane sotto-stanti se non che debolmente e solo per un lasso tessuto cellulare.

Che in quanto all'atrofia dello sfintere anale, mentre è dessa una non dubbia resultanza dello spostamento del retto, ritener pur la si deve, secondo io ne penso, come una circostanza atta a mantenere questo spostamento, indipendentemente dalla causa che lo ha prodotto; dal che la incurabilità di questi spostamenti ove sieno di non recente data.

Il metodo di Dupuytren per curare il prolasso del retto, che consiste nel creare molte perdite di sostanze sulla pelle flaccida che corrisponde al contorno dell'ano, è razionalissimo. L'anello stretto e poco distendibile che resulta dalla cicatrizzazione della pelle in più punti recisa, si oppone meccanicamente alla sortita dell'intestino, intanto che lo sfintere ricupera la sua forza contrattile.

Per quello poi riguardi la difficoltà a ridurre l'intestino spostato, essa tiene non alla perdita dal preteso diritto di domicilio, ma piuttosto ai cangiamenti di rapporto che ha subìto il peritoneo, il quale vien tratto su tutta la faccia anteriore del retto da una parte, e da un'altra parte, su tutta la faccia posteriore della vagina e su tutto il basso-fondo della vessica nell'uomo; oltre alle quali circostanze la notata difficoltà riportar pur si deve alla lassezza del tessuto cellulare che circonda il resto della circonferenza del retto.

La seguente osservazione è rimarchevole per la difficoltà con che fu operata la riduzione, e per gli accidenti mortali, che susseguirono alla difficile manovra, ripetuta credo io, con troppa insistenza.

Prolasso del retto. Riduzione laboriosa. Stato adinamico. Morte. Numerosi ascessi nel fegato (flebite).

Nell'ottobre del 1823, un uomo di 60 anni si porta allo spedale pel prolasso del retto. Il tumore che avea il volume di un pugno, indolente, di un rosso cupo, protundevasi, secondo le asserzioni del malato, abitualmente nel tempo degli sforzi della defecazione, rientrando quindi immediatamente. Mantenevasi intanto protruso fino dal giorno avanti e vano era riuscito ogni sforzo per parte del malato a ridurlo.

Nuovi tentativi, e pel mio avviso, di troppo ripetuti portano finalmente la riduzione del tumore; e trattavasi già passato qualche giorno, di praticare l'excisione della pelle del contorno dell'ano, quando all'indomani il malato ci offre: faccia alterata; vomiti; singhiozzo; polso piccolo, ineguale, intermittente; perfetta insensibilità. Nel 5.° giorno avviene la morte.

Alla necroscopia, riscontransi nel fegato innumerevole quantità di fuocolari purulenti, alcuni dei quali superficiali, altri profondi, irregolari per la forma non che pel volume; attorno di essi il tessuto del fegato mostravasi di un colore scuro lavagna, e offriva una estrema fragilità. Il pus dei nominati fuocolari era bianco, vischioso e difficilmente sgorgava da essi benchè aperti; in alcuni poi riscontravasi un siero lattescente. Altri che potevan dirsi nascenti presentavano dei punti bianchi, separati gli uni dagli altri per mezzo di un tessuto color scuro-lavagna. Ve ne erano quindi alcuni a processo patologico più avanzato, i quali presentavano nel loro centro altro piccolo fuocolare purulento, e attorno di esso un denso strato parimente di color scuro-lavagna punteggiato di bianco, ciò che dava al fegato l'aspetto del granito.

La milza mostravasi voluminosa, fragile e di un color feccia di vino sommamente cupo.

In stato normale il peritoneo; sviluppatissimi i follicoli agminati e isolati degl' intestini, dei quali moltissimi presentavano dei punti neri corrispondentemente alla loro depressione centrale. Lo stomaco non offriva alterazione di sorta.

L'intestino retto, visto dal lato del peritoneo, mostravasi separato dalla vessica per mezzo di un cul di sacco semicircolare, profondissimo, che corrispondeva al punto della invaginazione. Ove si praticasse la riduzione del retto, vedevasi chiaramente che l' ano era enormemente dilatato, potendo anche ammettere entro di sè il pugno; di modo che le sue dimensioni erano, per così dire, determinabili da quelle dello stretto inferiore del bacino; lo sfintere completamente atrofizzato.

Aveasi poi un' ernia epiploica e un idrocele a sinistra; e come suole per ordinario, la tunica vaginale elevavasi d' avanti il sacco erniario, e posteriormente ad esso sparse mostravansi le parti costituenti il cordone spermatico.

Petto. Polmone e cuore sani. *Testa.* — Parimente in stato di integrità il cervello e le sue membrane.

Riflessioni. — Per quello io ne pensi, la formazione degli ascessi ritrovati nel fegato, che di bel principio sembrommi non tanto agevole a determinarsi, dovea certo rimontare alla flebite epatica, consecutiva a quella delle vene emorroidali, le quali non furono esaminate.

Si ha poi in questo caso, considerato sotto il punto di vista clinico, una non dubbia riprova dei pericoli che unir si ponno agli sforzi di riduzione esercitati sul retto spostato; più, un chiaro esempio che sta a dimostrare come alla dilatazione eccessiva dell' ano ed alla atrofia dello sfintere riferir si deggia la riproduzione della malattia; finalmente quanto sia commendevole il metodo curativo della excisione del tegumento, che ha per oggetto di ottenere il costringimento dell' orifizio dell' ano.

I prolassi del retto non altro sono a considerarsi che delle invaginazioni di questo intestino dentro se stesso; differiscono però dalle invaginazioni delle altre parti del canale intestinale: 1.° per la presenza al di fuori dell'intestino arrovesciato sopra se stesso, mentre nella invaginazione ordinaria la parte invaginata che forma le due duplicature dell'intestino è ricevuta in una terza duplicatura, che le serve come di guaina; cosicchè in questa invaginazione si hanno tre duplicature d'intestino, ed in quella del retto non se ne hanno che due: 2.° differiscono poi pel meccanismo della loro formazione; poichè, mentre nelle invaginazioni ordinarie, delle due duplicature o cilindri che costituiscono la porzione di cilindro invaginato, il primo a spostarsi è sempre il cilindro più interno, nel prolasso o invaginazione del retto, lo spostamento comincia dalla parte di questo intestino la più vicina all'ano, ossia è la porzione invaginante che precede nel suo spostamento la porzione invaginata; e ciò costantemente in principio, poichè una volta cominciata l'invaginazione l'aumento ulteriore del tumore potrebbe accadere per lo spostamento della porzione invaginata.

Ben vero si è che non è affatto da escludersi nella invaginazione del retto il meccanismo delle invaginazioni ordinarie: nel qual caso la parte superiore del retto o inferiore del colon penetra nella parte media del primo intestino, e queste due duplicature ponno quindi scendere fino nella parte inferiore del retto medesimo. Hassi allora una solcatura circolare più o meno profonda tra l'orifizio dell'ano e le parti spostate.

Invaginazione dell' estremità dell' intestino tenue e dell' appendice vermicolare nel ceco e nel colon ascendente, e del ceco e del colon ascendente nel colon trasverso. — Andamento cronico dei morbosi sconcerti. — Peritonite. — Cangrena dell' intestino tenue. (*) (*fig.* 4.)

Spino, di 29 anni, fu sorpreso, tre mesi avanti alla sua morte, da considerevole diarrea con dolori addominali; sconcerti che dopo ingigantiti notabilmente da una cura del Leroy imprudentemente *dall' ammalato impiegata*, costrinsero il medesimo a portarsi all' Hôtel Dieu, il 12 marzo 1834; di dove essendo egli escito dopo soli diciassette giorni di cura e incompletamente guarito, non era giunto il 10 aprile, che costituitosi allo spedale Beaujon, ei presentava i seguenti sintomi: scariche alvine frequenti con dolori ventrali vivissimi, vaganti, e ritornanti ad accessi, nel corso dei quali vedevansi distintamente lungo il colon ascendente e trasverso, delle prominenze del volume di una noce, dolorose al tatto e che scomparivano spontaneamente dopo pochi minuti. Terminati questi accessi, l' addome restava trattabile ed insensibile alla pressione. Non singhiozzo, non vomito, non febbre. Tutti i fenomeni morbosi erano concentrati nel canale intestinale. (Empiastri ammoglienti sull' addome e unzione col balsamo calmante ed estratto di bella donna; due clisteri con amido e papavero; emulsione di riso per bevanda; zuppa per unico alimento, il bagno ogni due giorni). Cessati i dolori e la diarrea, Spino lasciò lo spedale il 24 aprile; ma ritornato alla propria casa, degli errori nella dieta riportarono in campo i passati sconcerti con accessi molto più violenti di quello fossero i già

(*) Osservazione raccolta dal sig. Grisolles Interno allo spedale Beaujon membro della Società anatomica.

narrati; tanto che il malato in mezzo ai fierissimi dolori rotolavasi nel suo letto, ed allora faceasi sporgente all'estremo inferiore dell'ipocondrio destro, un tumore del volume di un pugno, la di cui scomparsa, che accadeva dopo cinque minuti, era accompagnata da rumore. Terribili per questo infelice furono le notti dei 5, 6 e 7, chè sì acerbamente lo afflissero i dolori ventrali da renderlo quasi furioso: Fin d'allora l'addome si fece turgido e dolente.

Gli 11 maggio Spino ricomparve allo spedale nello stato seguente: faccia alterata e come contratte le fattezze; estremità quasi fredde, pelle secca; polso piccolo, serrato e a 124 pulsazioni per minuto: addome sommamente tumefatto ed eccessivamente dolente; niun tumore nella fossa iliaca sinistra; non depressa la fossa iliaca destra; diarrea; orine scarse. (20 sanguisughe; fomente; bagni.)

Il 12: medesimo stato (15 sanguisughe). Il 13: eruttazioni; due vomiti di materie verdastre; ventre più teso ed assai più resistente (frizioni con pomata mercuriale 4 scropoli). Nella giornata: grandissima dispnea che non permette libero il respiro, se non che stando l'ammalato in situazione sedente.

Il 14: polso piccolo, a 132; estremità fredde; due scariche alvine. Alla sera: aumento della dispnea; notabile aumento del volume del ventre; morte nella notte consecutiva.

Necroscopia, 32 ore dopo la morte.

Petto: diminuzione nel diametro verticale pel sollevamento del diaframma.

Addome: incise le sue pareti, escono da questa cavità una quantità di materie fecali gialle e liquide; quindi nelle parti più declivi di essa cavità presentansi dei grumi dell'aspetto del cacio; il peritoneo vedesi tappezzato da un trasudamento che ha l'apparenza della crema, e sotto il quale riscontrasi un colore che varia dal rosso al violetto cupo.

Nella fossa iliaca destra manca affatto l'intestino ceco, e manca pure il colon ascendente per quattro quinti del suo tratto inferiore, esistendo in suo luogo alcune anse dell' intestino tenue. Nel colon trasverso rendesi apprezzabile un corpo duro e voluminoso: quindi una incisione praticata sulla faccia posteriore dell' intestino tenue IT, IT, (*) permette di constatare l'esistenza di un tumore duro, color lavagna, cilindroide, di 7 pollici e 6 linee di lunghezza e di 5 pollici di circonferenza (fig. 4). Con una delle sue due estremità, con quella cioè che corrisponde alla fossa iliaca destra, questo tumore continuasi nell' intestino, coll' altra estremità, libera e fluttuante corrisponde all' ipocondrio sinistro.

La quale estremità libera presenta due orifizj: uno anteriore, l'altro posteriore. L'orifizio posteriore comunica coll' intestino tenue; l' orifizio anteriore coll' appendice vermicolare; una ripiegatura falciforme vien costituita dalla valvula ileo-cecale separata che offre due orifizj.

Incidendo questo tumore cilindroide formato dalla porzione d'intestino invaginato, chiaro apparisce, come esso venga costituito; 1.° nel centro, dall' intestino tenue e dall' appendice vermiforme; 2.° alla sua superficie, dal ceco e dal colon ascendente arrovesciato.

Dal che ne conseguita, che in questo caso, e ciò può dirsi in generale per tutti i casi d' invaginazione, si han tre cilindri d' intestino sovrapposti, non compresa l'appendice vermicolare.

Il cilindro più esterno è formato dalla parte la più elevata del colon ascendente e dal colon trasverso, e questa è la parte contenente; il cilindro medio, ossia la superficie del tumore vien costituito dal ceco; il cilindro

(*) Necessaria rendevasi la incisione della parte posteriore dell' intestino, onde mostrare sulla stessa figura le due aperture che presenta l' estremità inferiore del tumore.

centrale resulta dall'intestino tenue e dalla appendice vermicolare.

Questi tre cilindri d'intestino invaginati l'uno dentro l'altro, presentavano tra loro, nel surriferito caso, i seguenti rapporti: il cilindro esterno ed il cilindro medio erano a mutuo contatto per la loro superficie muccosa, ma liberi però da qualunque aderenza. Il cilindro medio ed il cilindro centrale eran pure tra loro a contatto per le loro superficj sierose, le quali aderivano per via di filamenti che offrivano una certa resistenza. Tra le due superficj sierose vedevasi raccolto quanto una cucchiaiata da caffè, di pus bianco, di aspetto della crema, inodoro. L'appendice vermicolare avea contratto delle aderenze per dei filamenti resistentissimi.

L'intestino tenue che costituisce il cilindro centrale, trovavasi nel centro del tumore estremamente ristretto, e al di sopra della invaginazione, notabilmente flaccido e non dilatato come riscontrasi ordinariamente nelle invaginazioni. La quale anomalia ha la sua ragione naturale nella lacerazione circolare a bordi cangrenati, corrispondentemente allo strozzamento che avea subìto l'intestino penetrando in quella porzione d'intestino grosso che gli servia di guaina.

Finalmente la dissezione del cilindro medio, cioè a dire, di quel cilindro formato dal colon ascendente e dal ceco, mostrommi un considerevole spessimento della tunica muccosa, ed altro spessimento del primo non meno marcato ed evidentemente ipertrofico delle membrane fibrosa e muscolare. Il quale spessimento congiunto al notato color lavagna della membrana muccosa dell'intestino deponeva manifestamente per l'antichità della invaginazione.

Riflessioni. — Non è a porsi in dubbio che nel narrato caso, la morte avvenuta sia e per la peritonite e pel versamento delle materie fecali. Solo nascer potrebbe questione se al versamento abbia preceduto o sivvero susse-

guito la peritonite: le quali due ipotesi sembranmi del pari ammissibili: poichè se in generale la peritonite suole esser determinata dallo strozzamento dell' intestino, in questo caso, e la lacerazione dell'intestino ed il versamento potevano indurla. E se arguendo dalla presenza delle pseudo-membrane si preponderasse a credere di più antica data la peritonite che il versamento, a tale opinione risponderei, che le pseudo-membrane formar si possono anche nello spazio di poche ore.

Inoltre il fatto che precede porta ai seguenti assiomi: 1.° che la infiammazione cronica del grosso intestino può divenir causa della invaginazione; 2.° che la invaginazione può effettuarsi in un modo cronico e determinare degli sconcerti cronici ed anche intermittenti; 3.° che la valvula ileo-cecale costituisce un ostacolo insuperabile dall'intestino tenue, di maniera che nel caso di invaginazione della estremità di questo intestino, questa estremità introdurrassi nel ceco e nel colon ascendente senza poter penetrare traverso la valvula ileo-cecale; e dalla presenza di detta valvula può del pari avvenirne che ove una invaginazione occupante l'estremità dell'intestino tenue subordinata fosse ad una causa che continuasse ad agire, questa invaginazione non potendo sorpassare la valvula ileo-cecale, la massa invaginata potrebbe invaginarsi anche nel grosso intestino rovesciato, di modo che avrebbersi due invaginazioni complete, una dentro l'altra; 4.° che nelle invaginazioni dell'ultimo tratto dell'intestino tenue l'estremità libera del tumore presenta due aperture, mentre che nelle altre invaginazioni esso non ne presenta che una sola; 5.° che la presenza dell'appendice vermiforme nel centro della invaginazione, stabilisce una notabil differenza tra l'invaginazione delle parti circonvicine alla valvula ileo-cecale, e le invaginazioni delle altre parti del canale alimentare.

Fascicolo 42.

MALATTIE DEL FEGATO.

Cancro melanico.

Cancro melanico occupante la pelle, il fegato, i polmoni, l' interno del globo dell' occhio.

Tavola I.

M. G. . . . . » dottore in medicina, in età di 56 anni, godeva abitualmente di buona salute, che solo era stata alterata per una cronica infiammazione dell' occhio destro, la quale dopo essersi per ben tre volte riprodotta, avea singolarmente indebolito quest'organo, abbenchè non a tal segno, che ancora un qualche grado di facoltà visiva non vi fosse rimasta, come l' istesso ammalato andava asserendo. Se i dispiaceri, le preoccupazioni di spirito ponno in qualche modo influire nello sviluppo di una malattia di fegato, tali cause non mancarono, per certo, a M. G. il quale, nel 1830, trovossi fuori da un impiego, unico mezzo di sussistenza per la sua numerosa famiglia , che mal potea rassegnarsi al fatal cangiamento di posizione.

Infrattanto, nei mesi febbrajo e marzo del 1835, M. G. dovè accorgersi, che senza una causa apprezzabile *il suo appetito diminuiva*, e quindi, del pari, senza causa cognita , veniva esso afflitto da diarrea, la quale cedè alla dieta osservata per due o tre giorni.

Sull' incominciar dell' aprile, comparvero dolori vivissimi alla regione lombare ed alla coscia destra, i quali riguardati come reumatici, furon trattati dal paziente, a cui d' altronde mancava il tempo di curarsi, coll' applicazione di un senapismo, a quando a quando rinnovata.

Il 24 del mese detto, palpandosi M. G. l'addome, si ac-

corse che il fegato sorpassava di un dito trasverso il bordo inferiore delle coste spurie. Tale aumento nel volume del fegato fu pur constatato da altro medico, il quale oltre la detta alterazione, rilevò ancora l'esistenza di un moto febbrile abituale. Allora furono applicate delle sanguisughe all'ano; ma come M. G. aveva in cura dei malati assai gravi, fino a che non potè esser tranquillo sullo stato di loro salute, ricusossi costantemente a riparare ai proprj mali, e solo il 29 aprile costituissi in letto.

Intanto il fegato andava rapidamente crescendo di volume, e in breve disceso fino alla regione ombelicale e sorpassatala quindi, giunse fino alla spina iliaca anteriore e superiore, estendendosi lungo il fianco sinistro.

Il dolore nella regione di questo viscere, di bel principio assai vivo ed aumentantesi sotto la pressione, diminuì in progresso. Però il malato non cessava di risentirvi una sensazione di profondo mal essere, come di fuoco che lo divorasse, e talvolta, ei diceva che *indefinibili* erano le pene che a detta parte corrispondevano.

Raddoppiavano d'intensità quei dolori, che di primo tratto creduti reumatici, ora mostravano patentemente discender dal fegato. Estesi alla region lombare ed alla coscia a destra, rimontavano spesso fino al torace dall'istesso lato; nei momenti del loro esacerbarsi leso pure rendeano il respiro, ed una volta, sul finir del maggio, acquistarono tale intensità, che uopo fu ricorrere ad una applicazione di 15 sanguisughe. In progresso però, tali dolori, grado a grado disparvero, e solo negli ultimi giorni di sua vita, il malato ebbe a lagnarsi di un leggiero aumento di sensibilità alla spalla sinistra.

A sì considerevoli sconcerti dell'organo secernente la bile non mancarono di tener dietro quelli degli organi digestivi; e l'appetito, che di bel principio mantenevasi ad un grado da richiedere due refezioni al giorno, costituite da legumi e da una certa quantità di frutte, andò in se-

guito gradatamente mancando, tanto che il malato dovè ridurre tutto il suo alimento a qualche tazza di latte, più a del sugo di fravole e di ciriege, e finalmente a dell'acqua panata e zuccherata; però sempre regolari per il tempo e naturali pel colore mantenersi le alvine evacuazioni. Ed in quanto alle orine, mai riscontraronsi itteriche, anzi naturali fluirono per tutto il corso del male; la loro quantità fu sempre in ragione inversa del sudore, che fu copiosissimo e continuo nell' ultimo mese, obbligando il malato a cangiare assai di sovente la biancheria. La pelle mai presentò la più leggiera tinta itterica; buona mantennesi per lungo tempo la fisonomia, e solo negli ultimi giorni si fè del color pagliato, che annunzia le lesioni organiche profonde.

Le forze muscolari mantennersi per lungo tempo, sostenute dal coraggio dell' ammalato, il quale volle continuare a levarsi dal letto, fino che i sopraggiunti profusi sudori non glielo impedirono; ed anche nell' ultimo giorno di sua vita egli fu in grado di poter passare da un letto ad un altro.

Integre restarono le facoltà intellettuali fino all' ultimo momento. Certo del suo prossimo fine M. G. parlavane con una calma e con una rassegnazione, che egli trovar sapea nei sentimenti i più elevati di religione.

Durante l' intiero corso della malattia, il polso offrì una rimarchevol frequenza, dalle 100, cioè, alle 130 pulsazioni.

Il respiro accelerossi notabilmente nell' ultimo mese; la qual lesione di funzione che di primo tratto si volle attribuire all' aumento del volume del fegato che respingesse in alto il diaframma, e all'eccessiva debolezza del malato, crebbe tanto d' intensità, che la si dovè riguardare come legata ad una affezione idiopatica del polmone, abbenchè, sia dall' ascultazione, come dalla percussione, non resultasse indizio alcuno di alterazione in detti visceri.

Il trattamento curativo consistè, in principio, nella

dieta vegetabile, nell'impiego del calomelanos e delle frizioni mercuriali, negli empiastri di Pradier sugli arti inferiori, nei piedi luvj eccitanti, nei senapismi, in un empiastro di teriaca sul fegato: e tutto ciò con pochissimo vantaggio.

Negli ultimi periodi della malattia, presentossi in un punto della regione occupata dal voluminoso tumore costituito dal fegato, una certa prominenza a limiti circoscritti, che dette a supporre poter non esser altro che una ciste del fegato. Questa idea che ammetteva una qualche probabilità di salvezza, fu immediatamente abbracciata; nè tardossi a proporre la puntura del fegato fondandosi la convenienza di tale operazione e su di una fluttuazione che si credea farsi sentire distintamente, e sulla assenza dei rilievi sulla superficie del fegato, e finalmente sulla innocuità di una puntura, ove fosse preceduta dalla applicazione della potassa caustica, secondo il metodo di Récamier. E qui non posso a meno di confessare che fra cinque consulenti riuniti a discutere su tal punto di cura, io solo non trovassi convenienza alla indicata operazione, e ciò, primieramente perchè non sentiva bastantemente manifesta la fluttuazione, e secondariamente perchè riteneva più che probabile la esistenza dei tubercoli cancerosi; la quale opinione acquistava una quasi assoluta certezza dietro una circostanza di cui ne mise a parte il Sig. Breschet, uno dei consulenti. Nel mese di maggio era egli stato chiamato da M. G. il quale mostrogli un tumore, del volume di un grosso pisello, risiedente nel braccio destro corrispondentemente all' attacco umerale del deltoide. Qual tumore che sembrava esistere solo fino da un anno addietro, era sensibilissimo alla pressione, di un color nero, di una superficie ineguale come il frutto del gelso. Caratterizzato dal malato stesso per un tumore erettile, altro, non era che un tumor melanico. Intanto fino dalla sua comparsa, molti punti melanici eransi manifestati sulla cute

capillizia, nella spessezza della cicatrice di un setone alla nuca, sulla cute dell'addome. E siccome, da un lato, è senza esempio che un tumore melanico siasi manifestato in un punto, senza che concorrentemente ad esso in molti altri punti se ne vedessero; e mentre è pur vero che il fegato fra tutti gli organi è quello il più esposto ai tubercoli cancerosi melanici o di altro genere; così dietro tal circostanza facevasi maggiormente evidente che il fegato era sede di un grande sviluppo di questi tubercoli.

Pur nonostante in virtù del precetto *melius anceps quam nullum*, si devenne all' applicazione di qualche grano di potassa caustica sul punto il più prominente del tumore epatico, e l' indimani praticossi la puntura per mezzo di un tre quarti e con un piccolo stile che fu sostituito al puntaruolo ordinario, e che fu portato in diverse direzioni non avendo trovato resistenza di sorta. Però, fallite speranze! solo poche gocce di sangue sortirono dall' incisione. Il malato parve affatto insensibile a tale operazione, che certo non ebbe influenza alcuna sulla sua morte, avvenuta cinque giorni dopo, cioè il 5 luglio.

Necroscopia, 18 ore dopo la morte. — Putrefazione avanzatissima. Il fegato mostrava il suo volume aumentato da due in tre volte del naturale; il suo peso era di circa otto libbre; considerevolissima la sua mollezza diversa affatto dalla mollezza cadaverica; di un color giallo canarino nella maggior parte della sua estensione, presentava però sulla sua superficie delle macchie nere di diverse dimensioni e appena prominenti, alcune delle quali offrivano un color grigio. La sezione di questo viscere ci presentò rimarchevole quantità di tumori melanici T M, T M, di diverse dimensioni, da quella cioè di un grano di miglio fino a quella di un tartufo; i quali tumori si enucleavano colla massima facilità di mezzo al tessuto del viscere. Sulla figura, il bordo anteriore del lobo destro L D mostra colla massima esattezza l' aspetto che presentava il tessuto del fegato dopo

esserne stato asportato il suo inviluppo fibro sieroso. Vi si vede inoltre che i vasi soli sostenevano il tessuto rammollito e come diffluente interposto ai numerosi tumori melanici T M, T M, che costituiscono i due terzi circa della massa offertaci dal fegato.

Le sezioni oblique praticate sul lobo sinistro L S e sul lobo destro L D, dimostrano qual sia la disposizione dei tumori per rapporto al tessuto del fegato e come essi non solo occupino la superficie, ma ancora tutta la sostanza dell' organo; quindi patenti mostransi e le diverse forme e le differenze molteplici, sia pel volume, come pel tessuto e pel colore.

Il quale ultimo è generalmente nero e la materia colorante che se ne esprime, è di un bruno marrone carico, alla maniera del pigmento della coroidea. Alcuni poi di questi tumori sono grigj, altri di un grigio mescolato al nero; molti come marmorizzati di grigio e di nero; alcuni con delle placche grigie in mezzo ad un tessuto affatto nero. Tutte le quali gradazioni di colore aver potrebbero una esatta comparazione con quelle che si riscontrano nel tartufo, dal grigio bianco fino ad un bel nero.

La consistenza poi di questi tumori, era essa pure presso a poco analoga a quella del tartufo colle sue varietà; essendovene dei molli, simili ai tartufi di cattiva qualità; altri densi e come fragili, i quali ultimi sezionati presentavano delle strie bianche formate da delle lamine di tessuto fibroso che riguardar poteansi come la trama di questi tumori.

In generale, questi tumori melanici lasciavano fluire, ove fossero compressi, un suco nero, più o meno abbondante, spesso ancora abbondantissimo, che tingeva il panno lino e le dita, alla guisa stessa del pigmento coroideo: della materia nera riempiva molti di essi che eransi trasformati in delle specie di cisti; ma il vero suco canceroso non potè riscontrarsi in alcuno. Tutte le vene epatiche erano sane, non eccettuate quelle che traversavano i tumori.

I polmoni puranco presentavano sulla loro superficie dei tumori dell' istessa natura di quelli del fegato, ma meno voluminosi e di un color meno cupo. — Alcuni osservavansene sulla pleura costale.

Sezionato l' occhio, pel quale, molti anni avanti la sua malattia, aveami il malato consultato lagnandosi di risentirvi del dolore lancinante, io potei riscontrare nel fondo di questò organo due tumori melanici striati di bianco e di nero; uno dei quali occupava il punto preciso in cui il nervo ottico continuasi colla retina, l' altro era situato esternamente al nervo. Questi due tumori del volume di un grosso pisello sembraronmi sviluppati a spese della coroide.

Riflessioni. — Il cancro melanico sembra ritenere, a un grado molto più considerevole di tutte le altre specie di cancro, il tristo privilegio di svilupparsi al tempo stesso in un gran numero di organi, sia in un modo graduato, come pure simultaneamente, in guisa tale che basti di aver constatato la esistenza di un cancro melanico in un punto, per diagnosticarla pure, sia attuale, sia prossima, in qualche altra parte della animale economia. Frattanto nel caso sopra descritto nascerebbe questione: se i piccoli cancri melanici della pelle, che sì bene servirono al diagnostico, ritener si dovessero come anteriori ai tubercoli melanici del fegato, o sivvero, con questi ultimi simultaneamente sviluppati. I fatti militano per ambedue queste maniere di vedere, dimostrando nel più chiaro modo, che il cancro in genere ed il cancro melanico in particolare, si comportano come una causa che agisce ora su molti organi al tempo stesso, ora in un sol punto, per estender poi la sua azione da quello, come da un fuocolare, alla intiera economia. A questo duplice modo di sviluppo della malattia cancerosa prestasi notabilmente la mia maniera di vedere sulla sede del cancro da me stabilita nei capillari venosi. Essa spiega perfettamente, come il cancro sviluppato in un punto ove sembra primi-

tivamente locale, attacchi successivamente i diversi organi, e in special modo quelli che sono i più ricchi di vasi sanguigni, quali il fegato e i polmoni; e come il cancro mostrisi a masse isolate, in mezzo a delle parti che sono nel più perfetto stato d' integrità; maniera di sviluppo che sembra pure ammissibile in quella flebite del fegato e in quella del polmone consecutive ad una flebite traumatica.

Per quello poi riguardi, nel nostro caso, lo stato latente di malattia nel fegato, spiegasi questo per la perfetta indipendenza tra loro delle granulazioni epatiche, di modo che, ove un certo numero di esse sieno prese dalla malattia, le rimanenti suppliscono alla mancata azione delle prime. Inoltre sulla singolar mollezza offertaci dal fegato è da avvertire, come essa stia a constatare, essere stato questo organo sede di una flussione considerevole, flussione di natura sierosa, la quale disciolto avea le granulazioni ed aveale assottigliate, di modo che, immerso nell'acqua il tessuto del viscere, presentavasi questo sotto l' aspetto di tanti vasi, lungo i quali fossero regolarmente disposte delle piccole granulazioni appianate, alla maniera dei granelli dell' uva secca.

Se domandassesi ragione dell' assenza dell' itterizia, ricorderò qui, come abbia io altrove provato, che nelle malattie del fegato, l' itterizia non sopraggiunge se non che dietro un ostacolo al libero corso della bile.

Resterebbe poi a determinarsi l' epoca a cui rimontassero i cancri melanici dell' occhio, e se la ottalmia cronica profonda dell' organo provocato avesse lo sviluppo della malattia.

Finalmente riguardo al trattamento curativo del cancro melanico o di altra specie, affatto nullo dovrà esso considerarsi, fino a che ritrovato non sia uno specifico, che a similitudine del mercurio nella sifilide, portisi, introdotto nel torrente circolatorio, ad attaccare la causa tuttora sconosciuta del cancro, e nel suo fuocolare primitivo, o nei secondarii la neutralizzi.

MALATTIE DELL'INTESTINO TENUE

Invaginazione della porzione superiore dell'intestino tenue (*).

Tavole II. III. e IV.

Melania Emmanuel, di 29 anni, di assai delicata costituzione, tessitrice di tela, vien trasportata, nella sera del 28 febbraio 1835, allo spedale Necker, nello stato seguente: vivi dolori addominali non aumentantisi alla pressione; contrazione e irrigidimento dei muscoli dell'addome il quale non offre nè timpanite, nè tumori di sorta; faccia pallida; fisonomia esprimente l'ansietà ed il soffrire; polso piccolo, poco frequente; calor naturale; abbondante la secrezione dell'orina; niun fenomeno morboso emanante dal capo e dal petto. Non ernia.

I commemorativi erano: che al mattino di quell'istesso giorno del suo trasporto allo spedale, la Melania era stata sorpresa da fierissimi dolori addominali e da vomiti, i quali ultimi, eran cessati nella giornata, mentre i primi aveano insistito colla stessa intensità, senza alcuna evacuazione alvina. Di più, l'ammalata era stata afflitta dai medesimi sconcerti, ripetutamente per ben quattro volte nel corso dell'anno 1834, ed ogni volta costituitasi nello spedale della Pietà, erasene completamente liberata in pochi giorni, prevj il salasso, l'applicazione delle sanguisughe e degli empiastri sull'addome.

Considerata l'attualità del suo stato, e ritenuti di ge-

(*) Osservazione e pezzi patologici comunicati dal Sig. Lafont membro della Società anatomica, e interno allo spedale Necker (Clinica del Sig. Delarroque).

nio nervoso i dolori addominali, furonle prescritti una pozione calmante, un clistere con sei gocce di laudano e degli empiastri oppiati sull'addome. Dal che momentaneo sollievo; ma nella notte, nuovamente gli acerbi dolori addominali e con essi il vomito.

All' indomani 1.° marzo, il Signor Delarroque clinico primario, diagnosticava una invaginazione od uno strozzamento interno, fondandosi sulla assenza totale delle scariche alvine, sui vomiti, sui sempre crescenti dolori addominali, sulla *ineguale tumefazione* della cavità addominale, che segnatamente in corrispondenza alla regione epigastrica, presentava a sinistra e un poco al di sopra dell' ombelico, una protuberanza, la quale cominciando da dette parti, dirigevasi in basso e a destra per andar poi a terminare al di sopra ed all' indentro della fossa iliaca di questo lato. (20 sanguisughe all' epigastrio; bagni; empiastri sull' addome; clistere con due once di miele; limonata).

Il 2 marzo, continuano i morbosi sconcerti; aumenta la tumefazione dell'addome, i di cui muscoli presentano dell'irrigidimento; aumenta pure l'ansietà; gli occhi si fanno infossati; abbattimento; polsi piccoli e frequenti; qualche sincope; amministrato un clistere, questo vien reso senza materie stercoracee e solo il liquido mostrasi *tinto di qualche goccia di sangue*; si mantiene la secrezione dell' orina; non havvi singhiozzo. (Sei coppe a vento sul ventre; empiastro; acqua di Seltz; piccoli fragmenti di ghiaccio tenuti in bocca:) la piccolezza del polso ne distoglie da una nuova applicazione di sanguisughe.

Dal 2 fino al 10 marzo, giorno della morte, gli accidenti continuano con una intensità gradatamente crescente: dolori addominali; vomito che non si calma, nè coll'acqua di Seltz, nè col ghiaccio, nè col latte, nè col brodo amministrato a piccole riprese. Il 5 marzo, sopraggiunge lo stato di collapsus: diminuzione dei dolori addominali; *ai*

vomiti biliosi succedono quelli con esalazioni stercoracee (*). *Un tumore* nella direzione precedentemente indicata mostravasi manifesto a traverso le pareti addominali; ventre sensibile alla pressione; ipogastrio cedevole; i clisteri non promuovono alcuna scarica alvina; polso piccolo e ineguale; non singhiozzo. Gli 8: polso filiforme; estremità fredde; faccia terrea; supinazione; immobilità; agonia che prolungasi fino a 10 ore di sera.

Necroscopia 18 ore dopo la morte. Aperto l'addome, veggonsi gl'intestini di un color nerastro, e in mezzo di essi, un tumore di due pollici e mezzo di diametro e di un piede di lunghezza, avente una direzione obliqua dall'alto in basso e da sinistra a destra, e descrivente un arco di cerchio colla concavità in alto. (Tavole II. e III.)

A questo tumore, che ben chiaro apparisce altro non essere che una invaginazione, succede una porzione d'intestino ristretto IT, senza alcuna linea di demarcazione; quindi viene esso preceduto da altro tumore considerevolissimo, formato dal duodeno ripieno di liquidi, e che vien separato dal primo tumore per uno strozzamento circolare I. Nel punto I si vede l'intestino invaginato, ristretto per un anello costituito dall'intestino ripiegato sopra se stesso; ed è probabile che il detto punto I corrisponda al principio del digiuno, e che tutta la parte dilatata DD che sormonta la invaginazione, appartenga alle porzioni seconda e terza del duodeno. Così, la invaginazione esiste il più possibile in vicinanza allo stomaco S; ed è assai presumibile, che siccome nel caso rappresentato dalla tav. IV abbiam visto la valvula ileo-cecale limitare la invaginazione della parte inferiore dell'intestino tenue, così nel caso attuale, sia il duodeno che limiti la invaginazione della parte superiore di questo intestino.

(*) È assai difficile lo ammettere esalazione stercoracea nelle materie che l'autopsia ne dimostra esser provenute dallo stomaco e dal duodeno.

Il peritoneo non presenta false membrane, se non che corrispondentemente alla superficie dell' intestino nel punto della invaginazione, dalle quali pseudo-membrane di recente formazione resulta una leggiera aderenza tra il tumore e le vicine circonvoluzioni.

Lo stomaco poco sviluppato contiene delle materie liquide, giallastre, simili a quelle rese dal malato per vomito; sano è il gran cul di sacco; nella sua destra metà mostrasi il viscere ristretto e sparso di ripiegature formate dalla membrana muccosa.

La vasta ampolla duodenale che precede la invaginazione è ripiena di liquidi dell' istesso colore di quelli dello stomaco. Nel grosso intestino esistono delle materie fecali indurite.

Diviso l' intestino tenue invaginante, nel senso della sua lunghezza, *presentossi immediatamente* un tumore cilindroide (Tav. II e III), formato dall' intestino invaginato. Qual tumore ricurvato in arco mostra nella sua parte inferiore un orifizio O, che è il punto ove l' intestino tenue riflettesi entro se stesso; la superficie, che è muccosa SMT', SMT', vedesi ricoperta da uno strato pseudo-membranoso, ineguale e come rugoso, che simula in gran parte le valvule conniventi.

Frattanto è tale la distensione dell' intestino invaginante, che le valvule conniventi sono intieramente scomparse sulla porzione d' intestino I'' I'' che corrisponde alla convessità dell' intestino invaginato.

La Tav. IV rappresenta aperti i tre cilindri d' intestino che costituiscono la invaginazione. I è il cilindro dell' intestino centrale; I' il cilindro dell' intestino medio; I'' il cilindro esterno.

Il cilindro dell' intestino centrale presenta due tumori poliposi: uno P M più considerevole occupante la parte superiore; l' altro più piccolo P' occupante la parte inferiore dell' intestino centrale. Questi tumori sono mammel-

lonati, a sottil peduncolo, formato unicamente dalla membrana muccosa. I mammelloni offertici da questi tumori sembranmi ingenerati a spese delle papille o villosità: la loro sezione dimostra una struttura areolare e gelatiniforme (cancro areolare e gelatiniforme).

Sulla stessa Tav. IV agevole è lo scorgere i rapporti dei tre cilindri d' intestino che costituiscono la invaginazione e per conseguenza il meccanismo della formazione dello spostamento. Così, chiaro apparisce, che il cilindro centrale I introducendosi entro il cilindro medio I', ha necessariamente tratto seco quest' ultimo, di modo che tutti e due trovansi contenuti nell' intestino invaginante I''. Inoltre il cilindro centrale I appartiene alla parte la più elevata dell' intestino tenue; il cilindro medio I' a quella porzione d' intestino che alla già nominata immediatamente succede, ed il cilindro periferico o invaginante I'' alla porzione la più inferiore. Niuna parte hanno avuto i polipi nella formazione della invaginazione, come lo dimostra chiaramente la posizione del polipo principale PM, che col suo peso avrebbe cagionato lo spostamento; esso infatti risiede nella parte superiore del cilindro centrale e non nella sua parte inferiore, la quale d' altronde ha dovuto spostarsi la prima.

Il cilindro centrale I oppone la sua superficie peritoneale alla superficie peritoneale SPI' dell' intestino medio: ed il cilindro medio I oppone la sua superficie muccosa alla superficie muccosa SMI'' dell' intestino periferico.

Questi tre cilindri costituiscono corrispondentemente ai limiti che li separano, due culi di sacco: 1.° un cul di sacco sieroso, formato dal cilindro medio e dal cilindro centrale; 2.° un cul di sacco muccoso resultante dal cilindro medio e dal periferico, il quale ultimo occupa la parte la più elevata del tumore.

Il cilindro il più esterno costituisce il sacco d' invilup-po; i due cilindri medio e interno formano il tumore. (vedete figg. 4 e 5.)

Le superfici muccose a mutuo contatto non presentavano alcun processo di adesione; nè tampoco lo presentavano le superfici sierose contigue, le quali erano tenute insieme per un gran numero di laminette pseudo-membranose estese dall' una altra di dette superficj, e contenenti nelle loro areole, rimarchevole quantità di siero. Dal che mostravansi evidenti e una peritonite parziale nella spessezza della invaginazione, ed altra peritonite parziale all' esterno, cioè a dire, a spese del peritoneo che ricopriva il cilindro periferico. La qual peritonite dell' intestino periferico veniva inoltre caratterizzata da una pseudo-membrana, che mostrava sotto di sè un grosso strato di sangue coagulato, mezzo di separazione tra esso ed il peritoneo.

La dissezione delle quattro membrane o tuniche degl' intestini, mostrommi nel cellulare interposto, un infiltramento sanguigno, infiltramento che assai marcato esisteva nel tessuto cellulare al di sotto la muccosa.

Inoltre cosa assai rimarchevole e da ritenersi come un caso eccezionale, si è, che il cilindro medio l'avea subìto delle alterazioni più considerevoli del cilindro centrale I (tavola IV), e segnatamente per quello che sia aumento della sua spessezza, la quale era considerevole nel punto corrispondente al cul di sacco formato dal cilindro centrale, e nel punto in cui si riflette per costituire il cilindro medio.

Il mesenterio del cilindro centrale e quello del cilindro medio contenuti tra questi due cilindri vedevansi ripiegati su loro stessi e come allungati a guisa di una corda. Dalla qual disposizione resulta che il mesenterio dei cilindri invaginati dovea partecipare dello strozzamento, e concorrere a produrlo.

Inoltre, la presenza del mesenterio entro lo inviluppo della invaginazione, dà ragione perchè l' intestino invaginato continui a nutrirsi, e perchè nel caso di separazione spontanea per cangrena e consecutiva espulsione al di fuori

dell' ansa intestinale invaginata, questa ansa eliminata non presenti tracce di cangrena se non che alle sue due estremità.

Come poi si effettui la separazione dell' ansa intestinale, ciò che frequentemente avviene, rendesi patentemente manifesto nella tavola III. La specie d' anello o di collare formato ai limiti superiori del tumore dal cilindro esterno sul cilindro medio, e dal cilindro medio sul cilindro interno, deve indurre, in forza dell' ostacolo apportato dallo strozzamento alle circolazioni linfatica e venosa, un ispessimento delle parti compresse, e quindi, per lo strozzamento, la cangrena. Frattanto se il malato resiste alle conseguenze immediate di un tal disordine, se la peritonite è circoscritta e la cangrena limitata, agevole è a concepire, che possa effettuarsi la separazione dei cilindri interno e medio, e ristabilirsi quindi la continuità del canale intestinale, in grazia della aderenza tra la sierosa della porzione del cilindro interno situata immediatamente al di sopra la porzione d' intestino eliminata, e la sierosa di quella sorta di collare formato dal cilindro esterno, al quale resta attaccato un frammento del cilindro medio. Inoltre egli è a rimarcarsi, come in questo caso, il processo impiegato dalla natura al ristabilimento della continuità dell' intestino, sia esattamente quello sì felicemente immaginato dal Signor Jobert, e che consiste essenzialmente nella juxta-posizione di una superficie sierosa ad altra superficie parimente sierosa. Egli è infatti assai ragionevole lo ammettere che la separazione del cilindro medio non si faccia sempre nel punto preciso della sua riunione col cilindro esterno, ma bensì un poco al di sotto di detta località; poichè se così non andassero le cose, e se il punto di separazione del cilindro medio fosse il punto preciso della duplicatura, in tal caso una superficie muccosa, quella del cilindro esterno, venendo opposta a una superficie sierosa a quella, cioè, del cilindro interno, l'ade-

renza non potrebbe formarsi con assai di prontezza, e quindi ne avverrebbe un versamento mortale di quei liquidi accumulati al di sopra dello strozzamento, e ciò nel momento stesso in cui la separazione dell' ansa intestinale romperebbe la diga.

Finalmente rendesi manifesto da ciò che precede, che nel caso di separazione spontanea di un' ansa intestinale, questa ansa viene costantemente formata dai cilindri interno e medio.

Sembrommi meritevole di esser qui richiamata l' osservazione seguente, che il Sig. Dott. Tuilier ed io comunicammo nel 1818, (*) alla Società della Facoltà di medicina, che consegnolla poi nel IX. Bullettino dell' istesso anno.

Brochet (alpigiano), in età di 37 anni, tessitore; adusto, bilioso, irascibile, di forte costituzione, non mai soggetto a coliche, o a diarrea, nè a stipsi, il 13 settembre 1818, fu sorpreso, senza causa nota, da leggieri dolori ventrali che si dissiparono dietro l' ingestione di una certa quantità d' acqua calda.

Il 18, nuovi dolori addominali e molto più intensi dei primi, che si dissipano dopo una pozione calmante prescritta dal Sig. Robert.

Il 20, presentansi dei sintomi pretesi di gastricismo, per cui si amministra l' ipecacuana che induce molti sforzi di vomito senza però che questo si effettui, se non che in piccola quantità.

Alla sera: i vomiti sopraggiungono spontaneamente, persistono tutta la notte, congiunti a singhiozzo. (Pozione calmante, bevanda ammogliente.)

Il 21, vomiti di materie fecali e di ascaridi lombricoidi: il singhiozzo continua; l' addome si fa meteorizzato e

(*) Il pezzo mi fu comunicato dal Sig. Dott. Tuilier, medico a Limoges, il quale avealo ricevuto dal Sig. Robert, uffiziale di Sanità a Aixe, presso Limoges.

dolente, soprattutto sotto la pressione: insomnio; delirio; mancanza di evacuazioni alvine; orine rare e torbe: (clisteri; injezioni; cataplasmi; limonata). I clisteri procurano la sortita di una piccola quantità di materie nerastre, simili a del sangue decomposto, e brucenti, secondo l'espressione dell' ammalato.

I 22, 23, 24: medesimi sconcerti, che si combattono cogli stessi compensi, e più colla manna in clistere. Stato di disperata salute.

Il 25: mezzo bagno. Invano si propone l' applicazione delle sanguisughe, che si rende impossibile per l'agitazione somma in che si trova il malato. (Diascordion nel vino per calmare il singhiozzo ed i vomiti.)

Il 26: mosse ventrali copiose e spontanee nel mezzo bagno, con notabile sollievo del malato; diminuzione del singhiozzo, dei vomiti, della tensione e della sensibilità dell' addome.

Il 27: le evacuazioni alvine continuano e con esse il miglioramento.

Il 28: un blando purgativo provoca delle scariche alvine copiose e fetentissime, nelle quali si riscontrano degli ascaridi lombricoidi.

Il 2 ottobre: secondo eccoprottico che determina altre scariche alvine abbondantissime ed assai fetide. In una di queste mosse ventrali il malato avverte il passaggio di qualche cosa *che non finiva più* (son queste le sue espressioni) *di sortire dall' ano.* Premuroso di venire in chiaro di che si trattasse, ingiunse alla sua moglie di lasciare a parte le materie fecali onde mostrarle al chirurgo, il quale avrebbe da quelle potuto trar qualche lume sulla sua malattia; ed in effetto, il Sig. Jobert vidde, non senza sua sorpresa, esistere in esse un' ansa intestinale, di cui ecco qui la descrizione: avea essa diciotto pollici di lunghezza, e apparteneva evidentemente all' intestino tenue, non si sa se alla sua porzione superiore o alla inferiore, essendo

stato trascurato l'esame delle valvule conniventi, unico mezzo, dal quale simil nozione attender potevasi. Le estremità della ansa erano inegualmente tagliate; una porzione di 5 a 6 pollici di lunghezza aderiva a una delle estremità dell'intestino: ed io allora pensava » che questa porzione » del mesenterio indicasse la lunghezza della restante por» zione invaginata » ed aggiungeva » che una parte più o » meno considerevole dell' intestino invaginato dovesse es» ser distrutta posteriormente alla sortita dell' ansa inte» stinale. » Presentemente però ritengo una tale opinione come affatto erronea.

E ritornando alla osservazione clinica dirò: come nei giorni che susseguirono la espulsione dell'intestino, comparissero abbondanti dejezioni alvine, simili a delle raschiature di minugia, associate a dolori addominali, della breve durata di due secondi.

Quali dolori, grado a grado, diminuirono, e quindi concentraronsi in un punto fisso al di sotto l'ombelico, ove continuarono, ma soltanto nel momento della digestione, e sempre di maggiore intensità, quanto più grande era stata la quantità del cibo ingerito. Il 28 ottobre, il malato avea riacquistato il suo ordinario appetito, ed era ritornato nelle sue forze naturali; le evacuazioni alvine accadevano una volta ogni ventiquattro ore; l'addome era trattabile, indolente, e i dolori quasi nulli, e solo manifestavansi nel tempo della digestione.

In seguito intesi, che il malato avea sopravvissuto molti anni, ed era morto di una malattia affatto estranea alle conseguenze dell' Ileo.

Sui dettagli relativi al modo di cicatrizzazione degl'intestini invaginati può consultarsi una osservazione del Sig. Millot consegnata nel Bullettino della società Filomatica (t. II, N.° 4). Trattasi ivi di un malato che soccombè nel 44.° giorno dalla invasione della malattia, dopo aver reso nelle evacuazioni alvine, da 15 a 16 pollici d'intestino te-

nue. Alla necroscopia, che fu eseguita dal Sig. Laumonier, chirurgo in capo dell'Hôtel-Dieu di Rouen, riscontrossi le due estremità dell' intestino perfettamente cicatrizzate. » Esse apparivano come tagliate a becco di flauto, e in » questo senso applicate esattamente l'una sull'altra. Il » punto di riunione avea contratto delle strette aderenze » col peritoneo; ma la cavità dell'intestino non era punto » ristretta. La porzione mancante dell'intestino apparteneva » al digiuno e all'ileo. »

Due casi, di questo non meno autentici e terminati colla guarigione, trovansi registrati nelle Memorie dell'Accademia Reale di chirurgia. In uno di essi, che riguardava Sabau si ebbero espulsi dall'ano 23 pollici di colon; nell'altro, spettante a Salguer, 28 pollici d'intestino tenue. I pezzi che stabilivano l'autenticità di questi fatti furono presentati alla Accademia.

Il Sig. Thompson (*), in un lavoro assai interessante ha raccolto e analizzato *trentacinque* osservazioni disseminate negli annali della scienza, e che hanno per soggetto l'evacuazione dall'ano di molte porzioni cilindriche d'intestino. Ecco le *principali conclusioni* di questo lavoro.

1.° Su *trentacinque* casi, la porzione d'intestino evacuata apparteneva, *in ventidue casi*, all'intestino tenue, cioè: (al digiuno in tre casi, al digiuno e all'ileo in altri tre casi, all'ileo soltanto in undici casi, ed in cinque, ad una parte non determinata dell'intestino tenue); nei rimanenti tredici casi poi, essa apparteneva agl'intestini grossi; cioè: *in un caso*, all'ileo e al ceco, *in due casi*, all'ileo, al ceco e al colon; *in un caso*, al ceco soltanto, *in tre casi*, al ceco ed all'estremità inferiore del colon, al colon soltanto in *due casi*, ed in *quattro casi* ad una porzione indeterminata dell'intestino.

2.° In tutti questi casi la lunghezza della porzione d'inte-

(*) *Edimburgh medical aud surgical journal*, octobre 1835.

stino eliminata (sequestro) ha variato tra i sedici ed i quaranta pollici: raramente essa trovossi aver tratto seco un lembo del mesenterio, ed in un caso, vi si riscontrò una glandula meseraica, in un altro, un frammento di epiploon.

3.° La durata della malattia ha variato tra i quattro ed i quaranta giorni; il più spesso però è stata di un mese.

4.° Su diciannove casi con esito fatale, in undici casi la morte ha dovuto riguardarsi come conseguenza immediata del processo inflammatorio che avea portato alla separazione dell'intestino; in otto casi, essa è stata il resultato delle modificazioni secondarie indotte nel canale intestinale dalla avvenuta separazione di esso.

5.° Quindici necroscopie offrivano le seguenti specialità patologiche: in un caso soltanto potè constatarsi la continuità nelle membrane interne delle due porzioni d'intestino cicatrizzate; in un altro caso, non esisteva ristringimento apprezzabile, sebbene la cicatrice aderisse validamente al peritoneo; in un terzo caso, il tubo intestinale era ristretto, ma non al segno, da non dar passaggio alle sostanze alimentari; in altro caso, le pareti del canale alimentare, non solo mostravansi contratte, ma offrivano eziandio rimarchevole ingrossamento; altra volta poi, tale era il ristringimento dell'intestino, che appena il dito minimo penetrar poteva nella sua cavità; altrove un ascesso situato *nella stessa grossezza* della cicatrice, comunicava con un fuocolare purulento del muscolo psoas; ora, la estremità superiore dell'intestino diviso vedeasi profondamente invaginata nella estremità inferiore; ora, la prima delle dette estremità aprivasi in un vasto sacco, nel di cui fondo esisteva la traccia dell'orifizio inferiore rimasto chiuso per una infiammazione adesiva. In quattro casi riscontrossi una comunicazione tra il canale intestinale e la cavità del basso ventre, sia perchè incompleta stata fosse, nel suo principio, la cicatrizzazione, sia perchè avesse dato luogo ad una rottura dell'intestino la ec-

cessiva ristrettezza, per cui avea luogo il passaggio delle materie alimentizie, sia infine, per la cangrena determinata da una infiammazione secondaria. Tutte le quali aberrazioni dallo stato normale degli intestini vidersi ben spesso andar congiunte a delle vaste infiammazioni del peritoneo, a delle aderenze diffuse in tutta la matassa intestinale, a degli stravasi siero-purulenti, a delle larghe placche cangrenose.

La convalescenza in quei malati che conseguivano la guarigione, era rimarchevole per la sua rapidità e pel sollecito ritorno dell'appetito, le di cui esigenze soddisfatte talora con troppa celerità, furono cagione di funeste recidive.

Considerazioni generali sulle invaginazioni.

I casi di invaginazione intestinale comprendono: (A) quelli di invaginazioni del retto a traverso l'ano: (B) quelli di invaginazioni a traverso un ano contro natura, (C) quelli di invaginazioni ingeneratesi nella continuità dell' intestino.

(A) L'invaginazione del retto a traverso l'ano (Ved. fasc. 41. Tav. III). o prolasso del retto, differisce dalle altre invaginazioni, 1.° per l'alterazione considerata in se stessa. In fatti, per la ragione della sortita delle parti dall' ano, questa invaginazione è ormai constatata come resultante da due cilindri, l' interno dei quali vien costituito dalla porzione di intestino, situata immediatamente al di sopra il cilindro esterno; 2.° pel meccanismo della sua formazione, cominciando lo spostamento dal cilindro esterno; 3.° Per la impossibilità allo effettuarsi lo strozzamento.

(B) L' invaginazione che ha luogo per gli ani contro natura, è nell' istessa categoria della invaginazione del retto. In fatti, come in quest' ultima, essa vien costituita da due cilindri di intestino soltanto, e come nell' ernia del retto, l' invaginazione comincia dal cilindro esterno o invaginante.

La seguente osservazione, da me raccolta nel 1820, allo Spedale di Limoges, sembrami idonea a risolvere alcuni quesiti relativi alla invaginazione degli ani contro natura.

Ano contro natura. Invaginazione irreducibile; vani tentativi di riduzione. Sconcerti di strozzamento. Cangrena dell'intestino al di sopra la invaginazione.

Un uomo, in età di 45 anni, di forte costituzione vien trasferito allo spedale, afflitto da un ano artificiale, esistente fino da due anni e mezzo, all'anulo inguinale destro. Quest'ano, che era il resultato di un'ernia, terminata spontaneamente per cangrena, presentava al tempo stesso due invaginazioni, delle quali la principale era lunga da otto in nove pollici, ed avea la forma di un cilindro ricurvato sopra se stesso alla sua estremità inferiore. Quando il malato restava in letto, il tumore riducevasi di 9 pollici a 6 pollici di lunghezza; quando poi egli si alzava, riassumeva tosto la sua più gran lunghezza, talmente che erasi il malato imposto di starsi costantemente in letto. Riesciti infruttuosi dei ripetuti sforzi di riduzione, questo infelice dovè ricorrere al compenso di raccogliere il tumore in un vaso di terra, la di cui superficie levigata lo incomodava assai meno del contatto e del soffregamento del pannolino. La superficie del tumore era di un rosso vivo, indolente, ricoperta di mucco e presentava delle ripiegature circolari fra le quali non eranvene che avessero una somiglianza colle valvule conniventi. Da tutte queste circostanze io ne inferiva che la porzione di intestino spostata apparteneva o all'estremità dell'intestino tenue, o all'intestino grosso; e fra queste due parti, opinava io per la prima, e in tale opinione inducevami, da un lato, la mancanza di qualunque traccia delle tre briglie longitudinali del grosso intestino e dei rilievi o cavità che da dette briglie resultano; da un altro lato, la notizia,

che niun' altra sostanza se non se delle muccosità erano escite da quella specie di cilindro rappresentato dalla porzione d' intestino invaginata. Frattanto nella parte interna e un poco posteriore di detto cilindro esisteva un altro tumore egualmente formato dall'intestino arrovesciato, del volume di un pugno, a superficie rossa, come lobulosa, nella di cui base mostravasi l' apertura, che dava egresso alle materie fecali, le quali d' altronde non mostraronmi delle loro qualità se non che il solo color verdastro. Una singolarità rimarchevole si è, che queste due porzioni di intestino arrovesciate sembravano avere la loro origine immediata non dall' anulo inguinale, ma bensì da un tumore assai considerevole, del tutto simile a quello che formerebbe un' ernia inguinale. Del resto, eccellente era lo stato universale dell' individuo e l' appetito conservavasi nello stato normale.

Furono intanto impiegati a più riprese dei tentativi di riduzione ma senza alcun resultato, e solo dalla giacitura in letto continuavasi ad avere una diminuzione di due o tre pollici nella lunghezza del tumore. In seguito ad uno dei detti tentativi, che fu considerevolissimo, e di cui non fui testimone, sopraggiunsero: addome dolente ma non tumefatto, freddo alle estremità, vomiti, scomponimento della fisonomia, picciolezza estrema del polso, sete ardente: l'intestino spostato si fa di un color livido, esala un odor cangrenoso e presenta un volume molto minore dell' ordinario. Morte, il quarto giorno dalla invasione di questi sconcerti e dai tentativi di riduzione.

Necroscopia. — La porzione d' intestino invaginata apparteneva al primo tratto dell' intestino grosso, come nel più chiaro modo venia confermato dalla posizione della valvula ileo-cecale e della appendice vermiforme situata accanto all' ano contro-natura. La superficie sierosa del cilindro invaginante aderiva, per una estensione di sei pollici e per via di nessi cellulosi assai resistenti, alla superficie sierosa del cilindro invaginato; dal che la impossibilità

alla riduzione dell' intestino prolassato. Il grosso intestino tratto in basso, nel senso di una linea obliqua estesa dall' ipocondrio sinistro all' anello inguinale destro, presentavasi a qualche pollice sopra il suo estremo inferiore, sotto la forma di una corda, del volume appena del dito minimo; carica di pinguedine era la ripiegatura peritoneale che a detto intestino faceva sostegno.

La porzione d' intestino che precedeva l' ano contro-natura, ossia il cul di sacco del ceco, continuavasi con quella che immediatamente la susseguiva, cioè a dire, col colon, per mezzo di una porzione o avanzo d' intestino che equivaleva ai *due terzi* della circonferenza del colon stesso ed era della lunghezza di due pollici; la quale ultima porzione respinta in fuori e rovesciata sopra se stessa costituiva il tumore lobuloso, alla base del quale scorrevano le materie fecali. Ora è veramente a sorprendere come spontaneo non sia avvenuto il ristabilimento del corso di dette materie, sì piccola essendo la porzione mancante della circonferenza dell' intestino; e non so se ciò possa dirsi avere impedito e i male applicati rimedj e il precoce rovesciamento dell' intestino stesso.

Niuna alterazione di struttura presentava la porzione di intestino che costituiva la invaginazione. Ma alla distanza di tre pollici e mezzo dall' ano contro-natura, l' intestino tenue presentava verso la sua estremità, nella estensione di otto a dieci pollici, un colore nerastro, un notabile ispessimento di pareti, un odore estremamente fetido, in una parola, uno stato cangrenoso, senza alcuna diffluenza, con escarificazione, come se il caustico attuale avesse agito sull' intestino. Inoltre, ai limiti della nominata escara, nella estensione di cinque a sei pollici, la muccosa intestinale mostravasi di un colore intensamente rosso.

E qui è invero a rimarcarsi come la cangrena non sulla porzione di intestino invaginato, porzione che fu giuoco ai tentativi per la riduzione, ma su quella invece risiedesse,

situata ad una qualche distanza superiormente; tanto che dietro cotal fatto, estranei del tutto alla produzione della cangrena dir potrebbersi i nominati tentativi di riduzione.

Richiama poi la nostra attenzione, in questo caso, la esistenza, dietro le due estremità dell'intestino, di un sacco erniario assai considerevole, vuoto, ma che era eminentemente proprio a dar ricetto agl'intestini, il qual sacco erniario costituiva il tumore, che io dissi servir di sostegno alle due estremità dell'intestino sporgente traverso all'anello inguinale. Ma come rendersi conto della esistenza di questo sacco erniario? Io rifletteva su ciò: che la ernia cecale, alla quale avea succeduto l'ano contro-natura, riguardar si dovesse della categoria delle ernie che sono sprovviste di sacco erniario nella loro parte anteriore (*), e che questo sacco erniario occupasse la parte posteriore dell'intestino, cioè tutta quella parte che aveva scampato alla cangrena. In fatti rinvenir non seppi alcun avanzo di sacco erniario, alcuno *infundibulum*, secondo l'espressione dello Scarpa: le due estremità dell'intestino furon riscontrate nelle esatte condizioni di una ferita con perdita di sostanza; e l'assenza dell'*infundibulum* di questo intermedio necessario, al dir dello stesso Scarpa, pel ristabilimento del corso delle materie, sembravami una delle cause della persistenza dell'ano contro-natura, a malgrado le altre condizioni favorevoli nelle quali esso trovavasi situato; e più, a mantenere tal persistenza concorreva, per la massima parte, la necessità in che trovavansi le materie, di rimontare, cioè, contro il loro proprio peso.

Sul modo poi di trattare questo invaginamento è qui da osservarsi, come il processo di Dupuytren per gli ani contro-natura divenisse affatto inapplicabile in questo caso, in

(*) Vedete ciò che, dietro Scarpa, io dissi nell'*éssai sur l'anat. patholog., tom. II.* sulle ernie della vessica e del retto, le quali sono incompletamente provviste di sacco erniario.

cui non esisteva punto quella specie di sprone, che alla maniera di una valvula difficulta il corso delle materie, le quali avrebbero qui potuto riacquistare il loro naturale andamento, introdotto uno stuello di filaccia nell' una e nell'altra estremità dell'intestino, o meglio per via di una compressione leggiera, esercitata sull'ano artificiale, alla maniera di Desault.

Finalmente due altre considerazioni ci offre la osservazione descritta: la prima risguarda il modo di provenienza della infiammazione cangrenosa dell'intestino tenue; se, cioè dovesse questa ritenersi quale effetto dei ripetuti tentativi alla riduzione dell'intestino, o sivvero fosse da quelli del tutto indipendente. Su di che ci limiteremo ad osservare, che dei due supposti, rendesi più l'ultimo dell'altro ammissibile, ove per poco si rifletta, che la cangrena manifestossi sull'estremo dell'intestino, opposto a quello sul quale erano stati impiegati i nominati tentativi di riduzione.

L'altra considerazione poi spetta a quella singolarità, che, cioè, la invaginazione fosse avvenuta a spese dell'estremo inferiore e non dell'estremo superiore dell'intestino; della qual cosa sembrami potersi avere plausibile spiegazione nella posizione della valvula ileo-cecale immediatamente al di sopra dell'ano contro-natura, che potea servir d'ostacolo al rovesciamento della detta estremità superiore.

C. Quelle invaginazioni, la di cui sede trovasi in tutt'altro punto che in prossimità di un ano naturale o artificiale, presentano dei caratteri del tutto differenti da queste ultime: 1.° esse sono costituite da tre cilindri d'intestino; 2.° sono suscettibili di strozzamento, o piuttosto lo strozzamento è in esse quasi inevitabile.

E riguardo a questa proclività allo strozzamento, osserveremo, che essa esiste, tanto nelle invaginazioni dell'intestino tenue, come in quelle dell'intestino grosso. Sul qual proposito rammenteremo il fatto rappresentato dalle tavole I, II, III, come idoneo a rettificare un errore

in che trovossi incorrere Dance, nella sua eccellente memoria sulle morbose invaginazioni degli intestini (*Repertoire général d'Anatomie*, *par M. Breschet*, t. 1.ª in-8.°, pag. 462) ove dice » che le invaginazioni dell' intestino » tenue sono generalmente assai poco estese e di sì poca » entità, e così piccola è la loro influenza sullo stato delle » funzioni, che assai difficile riescirebbe assegnar loro dei » sintomi che le caratterizzino; ed è anche probabile » che la loro esistenza non sia avvertita dall'individuo; po- » tendo accadere che, colla massima facilità, completamente » si risolvano. »

Ora non ha dubbio, che parlando di questa pretesa innocuità della invaginazione dell' intestino tenue, Dance alludeva a quelle piccole invaginazioni senza traccia alcuna di flogosi, che sì spesso riscontransi sul cadavere, e che sembrano il resultato del perturbamento del moto peristaltico, nel periodo dell'agonia.

Queste invaginazioni degli agonizzanti si fan talora dal basso in alto: » nunc pars intestini superior, inferiorem, num haec, illam, pro vagina sibi eligit, ac ibidem absconditur (I. F. Frank), » a differenza delle invaginazioni morbose propriamente dette, nelle quali niuno esempio mi si è ancora offerto della introsuscezione dell'estremo superiore dell'intestino (*).

Del resto, il meccanismo pel quale operasi la invaginazione, cioè a dire, l'introducimento dell'estremo superiore nell' estremo inferiore che si rovescia entro se stesso alla maniera di un dito di guanto, per costituire i due cilindri medio ed esterno, questo meccanismo porta a stabilire: 1.° che a misura che la invaginazione fa dei progressi, il cilindro centrale si approfonda nel cilindro medio; 2.° che

(*) È sempre questione non risoluta se la mobilità dell' intestino tenue aver si debba come una condizione favorevole alla riduzione spontanea della invaginazione. —

il cilindro medio si allunga in proporzione del cilindro centrale, e che il suo allungamento ha luogo, più spesso, a spese del cilindro esterno, di quello possa in parte operarsi a spese del cilindro centrale; 3.° che il punto più ristretto della invaginazione, ossia il punto in cui il cilindro centrale resta strozzato dalla ripiegatura anulare costituita dalla duplicatura dei cilindri medio ed esterno, deesi formare successivamente da diversi punti dell'intestino, e variare perciò ogni volta che la invaginazione progredisce; 4.° che la invaginazione non può esser limitata se non che da uno strozzamento assai valido o da particolari disposizioni dell'intestino. Così, nel caso rappresentato dalle tavole II, III, IV, noi vedemmo il duodeno limitare lo spostamento in forza appunto dello essere questo intestino validamente fisso nel posto che esso occupa, esempio che ripetevasi pure nel caso rappresentato dalla tav. III. del fascicolo 41, ove detto spostamento venia limitato dalla valvula ileo-cecale. Questo ultimo ostacolo però non sempre riesce insuperabile, ed in un caso descritto da Dance, l'intestino tenue avea penetrato traverso la valvula ileo-cecale, entro la cavità del ceco, e ne avea intieramente occupata la capacità. Inoltre esistono dei casi, nei quali la estremità dell'intestino invaginata nell'intestino grosso, videsi poi sortire dall'ano.

Le invaginazioni intestinali sogliono ordinariamente esser precedute da violenti coliche, ossia da contrazioni spasmodiche del canale alimentare, in mezzo alle quali, nel più gran numero di casi, assai difficile riesce il determinare in un modo preciso, l'epoca in che si è fatta la invaginazione, che rendesi manifesta solo pel sopraggiunger dei sintomi di strozzamento. In qualche caso poi irrompe la malattia istantaneamente coi più allarmanti sintomi. Il suo andamento può essere, o acuto o cronico; continui, come remittenti o intermittenti i morbosi sconcerti; e questa remittenza o intermittenza dei sintomi di strozzamento suppone il ristabilimento completo o incompleto del corso delle materie fe-

cali. Ma fra tutti i sintomi che fan treno a questa malattia quello che più degli altri può aversi come il caratteristico si è la presenza di un tumore in una od in un'altra regione dell'addome, cui si aggiungono i sintomi di strozzamento.

L'esito per la guarigione devesi, in questa malattia, onninamente ad un processo operato dalla natura, la quale determina la separazione o la eliminazione dell'intestino invaginato, dal cilindro medio e dal cilindro interno.

Nei casi poi in cui la invaginazione è susseguita dalla morte, può l'esito infausto avvenire: 1.° come una conseguenza dell'attacco profondo portato alle forze della vita per dato e fatto dello strozzamento, e per gli sconcerti simpatici da esso indotti; 2.° esser può il resultato di una peritonite; 3.° finalmente un effetto della cangrena dell'intestino, con o senza versamento di materie fecali nell'addome.

Il trattamento curativo delle invaginazioni intestinali vien costituito da compensi generali diretti a sciogliere lo strozzamento interno. Esso esclude qualunque operazione chirurgica, avvegnachè più o meno problematica riesca sempre la esistenza della invaginazione; ed ove, quanto egli è dubbioso altrettanto sicuro fosse il diagnostico, e che per una incisione praticata sulle pareti addominali fosse fatto di giungere a estrar fuori dalla cavità la porzione invaginata, agevole è il supporre che questa disinvaginazione dell'intestino, nello stato di alterazione in che si trovano le tuniche intestinali, porterebbe alla rottura di aderenze salutari, alla lacerazione dell'intestino stesso, ad una peritonite necessariamente mortale. E qui ricorderemo il metodo di cura immaginato dal Dott. Bonati (*), consistente in delle injezioni forzate per il retto, per mezzo di una pompa a getto continuo, congiuntamente e al tempo stesso dell'uso

(*) *Annali universali di medicina*, Ottobre e Novembre 1834.

per bocca del mercurio in sostanza. Su di che ne sia permesso di dubitare, se nei casi nei quali dietro simile trattamento hassi ottenuto la inaspettata guarigione, in questi casi, io dico, esistesse realmente la invaginazione, e se l'esito prospero abbiasi dovuto riferire all'impiego combinato delle due nominate forze opposte tra loro. Oltre di che, non sorpassando le injezioni, colle quali confidasi di respingere in alto la porzione invaginata, la valvula ileo-cecale, queste iniezioni riescono solo applicabili nelle invaginazioni del grosso intestino.

MALATTIE DELLA PROSTATA.

Prostata ipertrofizzata e biloba.

(TAVOLA I.)

L' individuo a cui apparteneva la prostata rappresentata da questa tavola (*) era mancato alla vita dopo 24 ore dal suo trasporto nello Spedale Beaujon; nel qual lasso di tempo, resa necessaria la siringatura, fu tale operazione eseguita colla massima facilità.

La fig. 3 rappresenta la vessica e la prostata aperte e viste di profilo, ed i loro rapporti colla sinfisi del pube.

La fig. 2 ne offre la prostata, la vessica e le vessichette seminali viste dalla loro faccia inferiore. Nella prostata riscontravasi una depressione mediana antero-posteriore, che era la traccia della disposizione biloba di questo organo; erano le sue dimensioni: in altezza 2 pollici, nel diametro antero-posteriore 2 pollici, nel diametro trasverso 2 pollici e 9 linee. Nelle due nominate figure si ha luogo di riscontrare ambedue gli ureteri U, notabilmente dilatati.

La fig. 1 rappresenta il canale dell'uretra e la vessica aperti dalla loro faccia superiore, più, la sinfisi del pube divisa, e i due ossi rovesciati, uno a destra l'altro a sinistra.

Questa sezione lascia vedere la prostata P resultante da due lobi, ineguali di volume, uno a destra, più piccolo,

(*) Il pezzo patologico mi pervenne dai Sigg. Lenoir e Marjolin figli.

l'altro a sinistra, più grande, perfettamente distinti tra loro e tenuti insieme in alto ed in basso, da una grossa membrana. Non esisteva la porzione media di questo corpo glandulare, designato impropriamente col nome di lobo medio.

I due nominati lobi intercettavano una cavità o piuttosto un ventricolo, che offriva molta analogia col ventricolo medio del cervello. L'altezza di questo ventricolo, della estensione di 2 pollici, eguagliava quella della prostata; il suo diametro antero-posteriore era pure, come quello della prostata, di 2 pollici; la sua cavità potea contenere qualche cucchiajata di liquido; il suo fondo o la sua parete inferiore che descriveva una curva colla concavità in alto, vedevasi percorso da una cresta antero-posteriore, biforcata alla sua estremità posteriore ed alla sua estremità anteriore, la quale altro non era che il verum-ontanum.

Così, questo ventricolo prostatico costituiva una cavità intermedia alla vessica ed al resto del canale dell' uretra.

La descritta curva colla concavità in alto, esistente nella parete inferiore di detto ventricolo, faceva sì che la sonda, prima di penetrare nell' interno della vessica, avea da percorrere un arco di cerchio, dal che la difficoltà del cateterismo e la falsa strada FS, la quale passava come sotto a un ponte formato dallo sfintere vessicale e dal trigono, venendo poi a far capo dietro il bordo posteriore del trigono stesso, nel fondo di una escavazione ESC (*). Però questa falsa strada mostravasi completamente cicatrizzata. Il trigono era rimarchevole per la prominenza della colonna carnosa estesa dall' uno all'altro orifizio dell'uretere OU, OU, e per l'altra prominenza anche più considerevole dello sfintere, la di cui metà inferiore costituiva una specie di

(*) Altrove io dissi (*Anat. descript.*) che in un certo numero di individui esiste dietro il trigono una escavazione o cul di sacco, il quale prolungasi dall'indietro in avanti al di sotto questo trigono, giungendo talvolta fino allo sfintere della vessica.

valvula semi-lunare colla concavità in alto. Estremamente ristretti e divenuti come capillari mostravansi gli orifizi degli ureteri.

La vessica ipertrofizzata e ristretta presentava delle colonne carnose che intercettavano, in alcuni punti, delle areole, in altri, delle piccole cisti a stretto orifizio. Le fibre carnose della vessica vedevansi prolungarsi attorno la prostata, andando a terminare sulla porzione membranosa del canale dell'uretra. Inoltre un sottile strato di fibre muscolari come raggianti, formava una continuazione alle fibre muscolari della vessica, prolungandosi tra la muccosa uretrale e la superficie interna del canale prostatico.

La fig. 4 rappresenta una sezione della prostata dall'alto in basso ed in senso trasverso, la quale mostra: 1.° la ineguaglianza dei due lobi della prostata; 2.° il mezzo di unione di questi due lobi, che era un tessuto membranoso-muscolare e che permetteva che un lobo si movesse sull'altro; 3.° l'orifizio FS della falsa strada; 4.° la struttura della prostata, resultante dallo agglomeramento di tanti acini glandulari inegualmente ipertrofizzati uno dei quali che apparteneva al lobo sinistro SPS, mostravasi di considerevol volume. Inoltre tutti questi acini glandulari erano compenetrati da un succo vischioso bruno-giallastro che sgorgava come da una spugna, da tutti i punti della superficie della sezione, sulla quale pure mostravansi i canali prostatici dilatatissimi, i quali appunto in grazia del loro notabile sviluppo, o piuttosto della quantità del succo vischioso che gli compenetrava, facevansi patenti in tutto quanto l'andamento loro.

I nominati acini glandulari venivan tra loro separati da dei rimarchevoli strati muscolari, i quali altro non erano se non che prolungamenti delle fibre muscolari della vessica. Dalla qual disposizione di parti chiaro apparisce, che queste ultime fibre muscolari non solo fornivano la prostata di due strati, l'uno esterno e l'altro interno, ma che pure

compenetravano il tessuto di questo organo, esercitando conseguentemente una pressione su ciascun acino glandulare, uno dei mezzi alla escrezione del succo, di cui detti acini trovavansi ripieni. Inoltre questa disposizione di parti sembrami dimostrare, che di sommo interesse riescir potrebbe lo studio della correlazione esistente tra la ipertrofia della vessica e la ipertrofia della prostata, e che probabilmente, in un certo numero di casi, alla ipertrofia delle fibre muscolari prostatiche aggiunger si deve l'atrofia degli acini glandulari di quest'organo.

Finalmente nel narrato caso trovasi una conferma di fatto a quelle idee che io altrove emessi (fasc. 32) sul trattamento curativo delle ritensioni d'orina per ipertrofia della prostata; trattamento che consiste nel ridurre a metodo un fatto considerato come una eventualità e come il resultato di una cattiva pratica, dir voglio della strada falsa. Questo metodo, che si potrebbe chiamare *puntura della vessica traverso la prostata*, sembrami di gran lunga da preferirsi alla puntura della vessica per il pube, abbenchè questa ultima operazione non sia poi congiunta a tutta quella gravezza, che generalmente le si attribuisce. Ma perchè il nominato metodo non manchi di portare a quei vantaggi, che a ragione da esso si attendono, uopo è venga sottoposto a un certo numero di regole. E primieramente fondamentale avvertenza si è, che la estremità della sonda agisca il meno possibile in lontananza alle vie naturali della vessica. E però, quando la ritensione dell'orina tenga alla ipertrofia del lobo medio, basta talvolta traversare il peduncolo o la fascia muscolare che lo sostiene, per giungere nella vessica. Inoltre uopo è guardarsi, in qualunque siasi caso, dal sorpassare il trigono vessicale; ciò che agevole sarà a conseguirsi, nel tempo stesso che giungerassi necessariamente e il più prontamente in vessica, ove imprimasi alla sonda un movimento di altalena, molto più considerevole di quello soglia impiegarsi nel cateterismo ordi-

nario; movimento, pel quale l'estremità della sonda descrive un arco di cerchio di piccolissimo diametro, che riporta l'istrumento bruscamente in alto.

Un'altra considerazione che dal caso testè citato discende si è, che la indipendenza reciproca degli acini glandulari della prostata serve forse di spiegazione alle differenze di disposizione della prostata stessa; chè per quello sia la secrezione prostatica, ben poco importa che un tal gruppo di acini glandulari sia piuttosto in alto o in basso, o anche sui lati; ond'è che sono io intimamente convinto che una compressione esercitata su questo corpo glandulare in tale o tal altro senso, possa fargli assumere diverse forme, spostando le granulazioni; e che sotto questo rapporto il depressore del Sig. Leroy d'Etiolles sarebbe da ritenersi come razionalissimo, se la sua azione aver si potesse più lungo tempo continuata. Aggiungerò di più, che non per altro modo se non per questo permanente spostamento degli acini glandulari, saprei io rendermi conto della guarigione radicale ottenuta per mezzo della sonda a permanenza nei casi di ipertrofia della prostata, tra i quali uno risguardante un malato da me curato, che dopo aver tenuto la sonda a permanenza pel corso di 8 mesi, ottenne una guarigione di 4 anni; ciò che invano attenderebbesi dall'uso temporario della sonda medesima, come più volte mi han mostrato altri ammalati di ipertrofia della prostata, i quali assoggettati per il corso di molti anni all'uso non continuato di questo istrumento, mai progredirono del più piccolo grado al riacquisto della salute.

MALATTIE DEL CUORE.

1.° *Apoplessia e rottura del cuore*; 2.° *Aneurisma parziale del cuore.*

(Tavola II.)

Apoplessia del cuore. — Fuocolari sanguigni nelle pareti del ventricolo sinistro.

Il cuore rappresentato dalla fig. 1 appartiene a una donna della Salpêtrière, sulla quale manco affatto di notizie istoriche. Frattanto avea io in questo caso una prova di fatto: che ponno accadere dei versamenti sanguigni nella sostanza delle pareti del cuore, indipendentemente dalla rottura di quest'organo.

Sulla superficie della sezione del ventricolo sinistro mostransi dei fuocolari apoplettici **FA**, **FA**.

Sul bordo destro di detta sezione, la separazione degli strati superficiali del cuore lascia chiaramente scorgere, che il sangue infiltrato nella sostanza delle pareti di quest' organo **FA**, **FA**, aveva seguito la direzione delle fibre muscolari, disposizione che faceva trovare nel tessuto del cuore così infiltrato, qualche analogia, nel suo aspetto, col legno tagliato.

In prossimità dell'apice del cuore e sull'apice stesso, attirava la mia attenzione una specie di color giallo, tra il colore dei fuocolari sanguigni ed il color naturale del cuore, il quale congiunto ad una rimarchevole fragilità del viscere anzi che starmi a indicare una trasformazione grassosa, riescivami indizio della

presenza dei fuocolari apoplettici nella sostanza del cuore. Così, in molti casi di rottura di quest'organo ho potuto assicurarmi della esistenza di detto colore in prossimità della avvenuta perforazione. E in uno di essi ebbi anche a sostenere una discussione contro l' opinione di un medico, il quale era d' avviso che il nominato color giallo tenesse ad una trasformazione grassosa del tessuto del cuore. — D' altronde egli è ben difficile lo ammettere la rottura del tessuto del cuore, senza una fragilità preesistente in detto tessuto; e nella osservazione cui spetta la figura 1, i fuocolari apoplettici, poco mancava, che procurato non avessero una rottura con susseguente emorragia mortale.

Avremo nel caso che andiamo a narrare, e che terminò con la morte improvvisa, un marcato esempio della fragilità e del cangiato colore del tessuto del cuore.

Morte istantanea per rottura del cuore. — Fragilità e color giallastro del tessuto di quest' organo.

Una donna della Salpêtrière, in età di circa 75 anni, di una salute apparentemente florida, manca istantaneamente alla vita nell' atto della defecazione.

Necroscopia. — Cervello in stato normale; disteso e di un color turchiniccio il pericardio; lo spazio che separa questa membrana dal cuore intieramente occupato da dei grumi di sangue.

Alla distanza di un pollice dall' apice del cuore mostravansi due lacerazioni lineari, situate una anteriormente, l' altra posteriormente al bordo sinistro di quest' organo: ipertrofizzato il ventricolo sinistro.

Diviso il bordo sinistro del cuore tra le due nominate lacerazioni, fui colpito dal color bianco-giallastro macchiato di rosso del tessuto dell'organo, il quale sembrommi essere estremamente fragile.

Accintomi a riconoscere per la faccia interna del cuore

il punto della perforazione, vana affatto riuscimmi qualunque indagine, ond' è che, introdotto uno specillo per la lacerazione lineare esterna pervenni, a traverso un tragitto sinuoso, in un vacuo ripieno di grumi, il quale comunicava, da una parte e internamente, tra due colonne carnose per mezzo di una piccola apertura; da un'altra parte ed esternamente, per le indicate lacerazioni, alla superficie dell'organo.

L'alterazione del tessuto del cuore consistente nella fragilità congiunta al cambiato colore di quest'organo, riguardar si deve come la circostanza principale a cui tenne l'avvenuta rottura, mentre negli sforzi della defecazione presentasi la causa efficiente o occasionale.

Se poi ricercar si volesse la condizione organica in che risiedeva la causa immediata della notata alterazione, mentre non intendo di pronunziarmi su ciò in un modo assoluto, dirò soltanto che la fragilità col cambiato colore del cuore, potrebber forse ritenersi quali resultati della combinazione del pus col tessuto dell'organo, e allora la rottura di questo viscere stata sarebbe un resultato di flogosi; ma io ripeto, esser questa unicamente una mia congettura, tanto più anche perchè non mi avvenne di riscontrare la più piccola quantità di pus nella compressione da me validamente esercitata sul tessuto ammalato.

Su questo stesso individuo, il Sig. Bergeon, Interno distinto alla Salpêtrière, oggi medico a Moulins, avendo riscontrato i muscoli del garetto ripieni di molto adipe e vedendo potere stabilire una marcata analogia tra la sezione di questi muscoli e la sezione del cuore, ne concludeva la degenerazione grassosa di questo organo. Tale opinione però restò smentita dopo l'applicazione dei reagenti chimici sulla porzione del cuore alterata, i quali non vi addimostrarono la benchè minima porzione di sostanza adiposa.

Morte per rottura dell' apice del ventricolo sinistro del cuore. — Infiltramento sanguigno nella spessezza delle pareti di questo ventricolo. — Trasformazione fibrosa di queste pareti per un certo tratto. — Processo inflammatorio presunto all' apice del cuore (*).

Una donna della Salpêtrière è sorpresa da morte istantanea. Ricercati i commemorativi, ci vien riferito: che tre giorni avanti, essa era caduta, e che fino da quell' epoca, abbenchè non molestata da gravi sconcerti, pure avea essa potuto avvertire una qualche differenza dal suo ordinario stato di salute.

Alla consecutiva necroscopia, riscontravasi il pericardio disteso da dei grumi di sangue; sul bordo *destro* del cuore verso il suo apice, una fenditura lineare di 8 linee di lunghezza con distacco della membrana sierosa conduceva direttamente nel ventricolo sinistro, il quale mostravasi notabilmente ipertrofizzato nel senso della sua lunghezza, costituendo da per se solo l'apice del cuore; quest'istesso ventricolo aperto ne offerse una quantità di grumi di recente data, tra i quali uno piccolo, degli altri più consistente, in parte scolorato, aderente alle pareti del cuore, e presentante una piccola cavità la quale conteneva una materia saniosa. Appunto in corrispondenza di questo grumo il cuore mostravasi lacerato, lacerazione assai considerevole e il di cui tragitto era in linea retta; quindi delle macchie sanguigne osservavansi su quasi tutta la metà superiore del ventricolo sinistro; dei piccolissimi fuocolari costituiti da sangue infiltrato esistevano su diversi punti delle fibre carnose. Il tessuto del cuore non era fragile se non che in prossimità della lacerazione, ed ivi pure presentava un color giallo

(*) Pezzo anatomico trasmessoci dal Sig. Perrochaud, Interno alla Salpêtrière.

che facea notabil contrasto con quello del sangue infiltrato nella sostanza dell'organo.

Diverse sezioni praticate dalla base verso l'apice del ventricolo sinistro ne mostrarono, nella metà posteriore di questo ventricolo, e per una altezza di circa quindici linee, una trasformazione fibrosa, la quale occupava, in alcuni punti, tutta la sostanza del cuore, in altri, una parte soltanto, prolungandosi entro le colonne carnose, tanto nelle grosse che nelle piccole. Questa trasformazione fibrosa, che non avea punto l'aspetto lineare, costituiva delle piccole masse sommamente compatte che sarebbersi facilmente confuse con dei tumori fibrosi deposti entro le fibre carnose, se patente stata non fosse la loro continuità col tessuto dell'organo. Finalmente quest'istessa trasformazione estendevasi fino alla descritta lacerazione, ove contrastava colla fragilità delle parti vicine.

L'infiltramento sanguigno nella spessezza delle pareti del cuore, è, nel narrato fatto, una prova irrecusabile dello essere la riscontrata rottura non altro se non se il resultato di una apoplessia del cuore stesso; abbenchè la presenza del grumo sanguigno aderente, e contenente nel suo centro una materia saniosa, restando là come indizio di un processo inflammatorio sopraggiunto nel luogo della perforazione e precedentemente ad essa, ne darebbe anche a supporre, non essere altro la rottura in questione che un resultato diretto della flogosi.

Aneurisma vero parziale del cuore occupante la sommità del ventricolo sinistro.

Rendesi rimarchevole in questo cuore il suo diametro dall'alto in basso, che è di 5 pollici, mentre l'altezza or-

(*) Pezzo anatomico trasmessoci dal sig. Padieu, Interno a Bicêtre.

dinaria di questo viscere è di soli 3 pollici. Queste grandi dimensioni nel senso verticale appartenevano esclusivamente al ventricolo sinistro. Infatti il ventricolo destro non raggiungeva col suo apice se non che la metà dell'altezza dell'altro ventricolo, nel tempo stesso che gli altri suoi diametri vedevansi notabilmente ristretti in forza della convessità del setto, il quale facea prominenza nella sua cavità, di modo tale che poteasi non altro riguardare questo ventricolo che una vera appendice del ventricolo sinistro.

Niuna aderenza esisteva tra il cuore e il pericardio.

Nella sezione del cuore (Fig. 2.) osservavasi la sua sommità convertita in un guscio AP, AP, resistentissimo e ripieno di concrezioni sanguigne che formano una massa di pochissima coerenza e non lamellata. Queste concrezioni sanguigne lasciavansi asportare colla massima facilità, ad eccezione del loro più esterno strato, il quale mostravasi compattissimo, organizzato, prolungantesi entro la spessezza di essi grumi, dai quali non potea completamente distaccarsi, nè tampoco separarsi dalle pareti del cuore, di cui sembrava formare lo strato il più interno. Mostraci la figura distintamente questo strato e sulla metà vuota e sull'altra metà piena del guscio.

Sommamente resistente è questo guscio aneurismatico; il suo diametro rappresenta uno sferoide sovrapposto alla sommità del cuore. Le sue pareti assai grosse resultano da un tessuto fibroso o piuttosto cartilagineo, compattissimo, resistente, elastico, sparso di placche ossiformi e suscettibile di esser diviso in molti strati. Una attenta dissezione di questo strato fibroso dimostra nel più chiaro modo che esso è il resultato della trasformazione fibrosa del cuore. In fatti ai limiti di questo guscio veggonsi dei prolungamenti fibrosi, alcuni dei quali sono una continuazione delle fibre muscolari, altri intromettonsi fra queste fibre; quindi è che la trasformazione fibrosa TF estendesi al di là del sacco

aneurismatico, come per tanti raggi ben distinti, nella sostanza delle pareti del cuore, quali raggi presentano un rimarchevole insieme di tessuto fibroso e di tessuto muscolare.

Considerazioni generali.

Il cuore è suscettibile di due specie di aneurismi, 1.° *dell'aneurisma ordinario* o per dilatazione senza lesione di tessuto, con o senza ipertrofia, aneurisma che estendesi ad una o più cavità del cuore, ma più spesso al ventricolo sinistro; 2.° *dell'aneurisma parziale*, che occupa una porzione soltanto delle cavità cardiache, e che sembrami potersi suddividere in aneurisma *vero* o per *dilatazione*, ed in aneurisma *falso o per rottura.*

Nel caso testè descritto, rappresentato dalla fig. 2. si ha un esempio di *aneurisma parziale vero.* In fatti il sacco fibroso è, in questo caso, costituito dal tessuto del cuore degenerato, senza alcuna lacerazione di esso.

E non è infrequente l'osservare il trasmutamento del cuore in questo aneurisma parziale, rimasto intatto il tessuto dell'organo. In alcuni casi poi osservai la degenerazione fibrosa limitata all'apice del ventricolo sinistro, congiunta ad un principio di dilatazione.

Facile d' altronde riescir deve questo trasmutamento in tessuto fibroso delle pareti del ventricolo sinistro e soprattutto dell' apice del cuore, indipendentemente da qualunque altra lesione; poichè essendo nell'apice dell' organo il punto di minor resistenza, ivi operasi una distensione, la quale senza essere al grado da produrre una infiammazione, induce però la trasformazione fibrosa, nell' istesso modo che il tessuto fibroso, una volta divenuto sede di una pressione lungamente protratta, trasformasi nel tessuto cartilagineo ed anche nel tessuto osseo.

Operatasi impertanto questa trasformazione fibrosa dell'apice o di qualunque altra regione del cuore, ivi sempre più

avrassi una distensione, perchè mancata affatto qualunque resistenza attiva all' impulso del sangue, compresso dal rimanente delle pareti della cavità contrattile; quindi ne avverrà un allungamento progressivo e poi la formazione di un vero sacco, in principio a pareti grosse, in seguito, sempre più sottili, tanto che, la distensione venga protratta a tal grado, da potere fare esser dubbiosi, se trattisi di aneurisma vero o di aneurisma falso. Questa distensione riscontrossi nel cuore di *Talma*, presentato dal Signor Breschet alla Società anatomica nella seduta del 15 marzo 1827. In esso vedevansi corrispondentemente e un poco al di sopra del suo apice, le fibre muscolari del ventricolo sinistro come decussarsi, e sembravano inserirsi sopra un anello fibroso, di un diametro meno esteso di quello del ventricolo sinistro stesso. Il quale anello fibroso conduceva in un sacco parimente fibroso, a pareti sottilissime, di una capacità quasi tanto grande che quella del ventricolo, aderente al pericardio per la sua faccia esterna, e ripieno di grumi concentrici sommamente compatti.

Niuna parte del cuore può andare immune da divenir sede di un aneurisma parziale per dilatazione; e non ha molto che io potei osservare un caso, nel quale il sacco fibroso venia formato a spese della metà inferiore del setto medio e dell' apice del cuore, che facea considerevol prominenza dal lato del ventricolo destro. In questo caso le pareti del sacco offrivano l' aspetto reticolare della faccia interna del cuore. L'apice di quest'organo assottigliato presentava un processo di erosione, denotante esser prossima la rottura, sia immediata, sia per una ulteriore dilatazione, la quale avrebbe costituito un aneurisma falso parziale, innestato su di un aneurisma vero.

Anche le orecchiette non vanno esenti dalle dilatazioni parziali. Se ne ha un esempio nel caso che qui riportiamo; presentato alla Società Anatomica dal Sig. Chassaignac, a nome del Sig. Michon. Alla sommità del ventricolo sinistro

vedevasi come appeso un tumore sferoidale del volume di una noce, il quale veniva sorretto da stretto peduncolo, lungo un pollice e scavato in canale. Inoltre questo tumore conteneva delle concrezioni sanguigne scolorate e di molta spessezza non meno che del sangue sciolto; le sue pareti resultavano da un tessuto fibroso, che era la continuazione delle fibre muscolari dell'orecchietta, e che appunto per la sua disposizione areolare, chiaro mostrava, essersi formato a spese del tessuto dell'orecchietta stessa. Ora, dietro la disposizione di queste parti, non è a dubitare che alla rottura del cuore avrebbe, in questo caso, susseguito la morte, o istantanea o lenta, secondo la rapidità della emorragia.

Nei fatti che seguono avremo una riprova, da cui poter presumibilmente stabilire la esistenza di un *aneurisma falso parziale* del cuore, il di cui meccanismo è da ritenersi come affatto simile a quello dell'aneurisma laterale delle arterie.

Aneurisma falso parziale del cuore consistente in un sacco cartilagineo ed osseo proveniente dal bordo sinistro di quest'organo.—Morte durante un accesso d'asma (*).

M. N., in età di 78 anni, negoziante, di robustissima costituzione, lagnavasi, fino dall'anno 1809, di molesta sensazione alla regione del cuore. Consultati più volte i più distinti medici, essi qualificarono la sua malattia per *uno spasmo del cuore*, motivando la loro opinione dalla influenza che su tal morbo esercitano le affezioni morali anche le più leggiere. Solo nell'anno 1816 visitai per la prima volta M. N. attaccato da una pleuro-pneumonite, che cedè a un salasso generale, susseguito da molte deplezioni locali ed alla applicazione di un vessicatorio alla parte.

(*) Questo caso è quello che fu consegnato in *uno dei Bullettini della Società anatomica*, nella memoria del Sig. Breschet.

In tal circostanza, aveano più che tutt' altra cosa attirato la mia attenzione l'ampiezza considerevole e la estrema durezza dei polsi. Verso la fine dell'anno 1817, fui nuovamente chiamato ad assistere M. N. in preda ad un accesso fortissimo di asma che avealo sorpreso nel bagno. Riscontrossi allora: color violaceo della faccia; sudore, estrema oppressione di forze; senso di soffocazione; respirazione sibilosa; niuna espettorazione in principio, quindi costituita da un escreato spumoso e sanguinolento; polso duro, frequente, irregolarissimo; cotal treno di fenomeni stava indubitatamente a caratterizzare un violento accesso d'asma, che io impresi a combattere tenendo il malato assiso di contro ad una finestra aperta, e co'piediluvj senapati, e colle frizioni stimolanti e con una pozione composta di ossi-miele scillittico e gomm-ammoniaca. Il giorno avanti era stata fatta un'applicazione di mignatte ai sedali.

Dall'epoca di quest' accesso, rimarchevole cangiamento avvenne nel carattere di M. N.; chè da un momento a un altro, egli credeasi colpito da morte, nè qualunque siasi mezzo bastava a distrarlo da tale idea. Se nel giorno passava qualche ora tranquilla, al giungere della sera nel rimontar ch'ei faceva nella sua camera, la reminiscenza dell'accesso da esso provato in questa stanza, scuoteva il suo spirito, nel tempo stesso che all' articolazione delle braccia producevasi come un colpo elettrico, congiuntamente ad un senso di costrizione al cuore, disturbo che quasi continuamente molestavalo e del quale il malato rendeva conto, dicendo sentirsi il cuore come una borsa che si tenesse sempre chiusa. Frattanto il nominato senso di costringimento era affatto indipendente dallo stato degli organi del respiro, poichè, ed il malato potea ampiamente dilatare il petto, ed i polmoni soventemente esplorati mostravansi nel più perfetto stato di integrità. Quando il malato stavasi seduto, circondato, come un patriarca, dalla sua numerosa famiglia, per la quale era egli come un oggetto quasi di culto, lo si sa-

rebbe detto godere della più integra salute; ma al più leggiero movimento, ecco risvegliarsi un senso di molestia ai precordj, cui teneva dietro profondo spavento. Il polso era abitualmente durissimo, pieno, e leggermente intermittente. Non potei apprezzar convenientemente lo stato del cuore, non essendo ancora invalsi i mezzi di esplorazione di questo organo, dir voglio dell'ascoltazione mediata e della percussione. Frattanto i capillari della faccia abitualmente distesi, iniettavansi anche maggiormente; eccellente mantenevasi l'appetito. Il nome di asma assegnato alla malattia tranquillizzava lo spirito del malato, risvegliando in esso l'idea che a tale specie di male suole esser congiunta la longevità; e di asma infatti trattavasi, ma di un' asma simpatica di una malattia di cuore con ipertrofia. Della quale ultima affezione, agevole riescito sarebbe il determinar la natura, se fin d'allora conosciuti si avessero quei mezzi di diagnostico, che di recente acquistaronsi sulle malattie del cuore. Però l' esame da noi istituito portava ad escludere ed una notabile dilatazione ed i ristringimenti degli orifizj.

M. N. veniva intanto assalito, a quando a quando, da dei piccoli accessi di asma, quasi sempre sulle prima ore del mattino, caratterizzati da oppressione di forze, da durezza e da irregolarità di polso, da respirazione sibilosa, e terminati infine da espettorazione di muccosità rossastre e spumose. Quali sconcerti allontanavansi intieramente e ristabilivasi un perfetto equilibrio, esponendo il malato all'aria fresca, tenendolo seduto e dietro l'uso dei piediluvj senapati. Solo restava quale sconcerto abituale e costante un leggiero edema all' estremo inferiore delle gambe, dietro i malleoli.

Finalmente, dopo qualche giorno di un catarro incalzante, fu sorpreso M. N. il 12 luglio 1817, da altro piccolo accesso di asma. Il 15, a sette ore e mezzo del mattino son ricercato in gran fretta. Trovo presso il malato uno dei miei colleghi che lo assisteva fino da un' ora ad-

dietro. Mi vien riferito che il giorno avanti, egli avea desinato secondo il solito, avea perfettamente dormito per tutto il corso della consecutiva notte, ma che al suo svegliarsi erasi trovato tutto coperto di sudore, sudore che avea egli tentato invano di conservare a malgrado la oppressione del respiro, perchè in breve era stato costretto ad alzarsi ed a collocarsi su di una sedia. Alla mia visita trovavasi egli nello stato seguente: faccia livida; labbra nere; sudor freddo su tutto il corpo; polso teso, duro, frequente, *regolare*; respirazione sibilosa; lo spurgo di tutta la notte e dopo l'invasione dell' accesso, altro non era che una spuma rossastra. Frattanto era io appena in tempo a prestar la mia attenzione a tali fenomeni, che tutt' ad un tratto la testa del malato s' inclina in avanti; rallentansi il polso e la respirazione, ed in breve affatto si estinguono.

Necroscopia. — Costituzione atletica; torace perfettamente conformato; cartilagini costali presentanti entro la loro sostanza, sparsi più qua e più là, dei punti ossei grigiastri; ambedue i polmoni adesi a sinistra, alle pleure, per delle briglie cellulose facili a distruggersi, a destra per dei legami fibrosi resistentissimi, in mezzo ai quali scorgevasi una placca fibro-cartilagineo-ossea, della lunghezza di 5 a 6 pollici su di uno di larghezza, e della grossezza di 5 linee. Questa placca vedevasi aderente alla pleura costale. (*)

Il parenchima polmonare era in stato normale, crepitante, e solo infiltrato di considerevole quantità di un siero spumoso, che da esso parenchima vedevasi fluire previe delle incisioni.

Aperto il pericardio, lo trovai aderente al cuore presso il suo bordo sinistro per dei filamenti cellulosi poco re-

(*) Dall'esame anatomico istituito su questa placca resultava: che sotto uno strato cartilagineo esistevano delle concrezioni di fosfato calcare, e in mezzo ad esse una poltiglia simile a della densa acqua di calce, e delle piccole concrezioni fosfatiche simili a dei grani di sabbia.

sistenti; distrutte le quali aderenze e quindi sollevato il viscere, presentavasi un tumore rotondo, del volume di una noce, resistente, che nasceva immediatamente dietro il bordo sinistro del viscere medesimo nel punto di riunione del terzo superiore coi due terzi inferiori di questo bordo. E corrispondentemente a questo tumore e attorno di esso, esistevano le nominate aderenze.

Sezionato il ventricolo sinistro, che mostrossi ipertrofizzato, potei mettere in chiaro, che il tumore proveniente direttamente dalla parte posteriore del bordo sinistro del cuore, consisteva in una ciste a grosse pareti, la quale comunicava colla cavità ventricolare per un orifizio, il di cui diametro ammetteva facilmente il passaggio al dito indice; che questo orifizio, il quale veniva circoscritto ed anche ristretto da un cerchio fibroso molto prominente, era situato tra due colonne carnose, di cui la destra assai più grande della sinistra, costituiva una delle grosse colonne carnose del cuore; che finalmente la nominata ciste era cartilaginea ed ossea, resistente anche ad una forte pressione e tappezzata da della fibrina concreta.

Del resto, le valvule mitrali presentavano presso il loro bordo aderente, delle concrezioni lapidee ed una sostanza poltacea simile, in parte, a dell' acqua di calce, in parte a del pus concreto. L' arteria aorta vedevasi sparsa di concrezioni fosfatiche, alcune delle quali inegualissime erano in immediato contatto col sangue, alcune poi presentavano una sostanza come purulenta, nerastra, separata dal sangue per mezzo di una sottil pellicola, che in qualche punto mostravasi lacerata.

La milza voluminosissima vedevasi avviluppata da un guscio fibroso che lasciavasi asportare come la buccia di una mandorla.

La cistifellea era ripiena di calcoli biliari di differente volume, in numero di 81.

Riflessioni. — L' affezione del cuore manifestossi dun-

que in questo ammalato per degli accessi di asma, per un'acerba molestia alla regione del cuore provocata dal più leggiero movimento di macchina, per un senso insormontabile di tristezza e d' inquietudine, per la idea fissa che avea il malato del suo prossimo fine.

Ma gli accessi di asma tenevano segnatamente all' inzuppamento del polmone, a quella esalazione sierosa, che in grande abbondanza erasi fatta nelle cellule polmonari. A questi accessi d' asma piuttosto che alla affezione del cuore riportar doveasi la morte dell' individuo. E qui ricorderemo, che mai la pratica offerse casi di decessi per asma, senza che la consecutiva necroscopia ne mostrasse l' edema del polmone. Quale osservazione di fatto è di non poca influenza sul metodo curativo, venendosi per essa a stabilire: che negli asmatici per edema del polmone è altrettanto necessaria l' applicazione degli stimoli, quanto è dannoso il salasso, compenso che solo riescir potrebbe vantaggioso nei presi dall' asma per spasmo bronchiale, ossia per contrazione spasmodica delle fibre muscolari delle ultime diramazioni dei bronchi (*); poichè nell' asmatico, *mancata l' azione propria del viscere respiratorio*, rendesi necessaria molta energia muscolare a dilatare sufficientemente il torace, onde facilitare l'ingresso ad una maggior quantità d' aria; (**) e uopo essendo di una forza espettorante,

(*) Vedete *Anatomie descriptive* ec., tom. 2, ove ho dimostrato, che le diramazioni bronchiali contengono fino nelle loro ultime estremità, delle fibre muscolari, circolari, entro dei cerchi cartilaginei con delle smangiature, i quali costituiscono il tessuto organico primitivo di queste diramàzioni bronchiali.

(**) Ma tanto gli asmatici per edema del polmone come quelli per spasmo bronchiale han bisogno di impiegare le forze ausiliaire al respiro, essendo tanto negli uni che negli altri, abbenchè per causa diversa, impedito l' ingresso dell' aria nelle cellule polmonari; per cui non so come l' illustre patologo di Parigi, siasi potuto fondare su tal circostanza ad escludere il salasso nel primo caso e commendarlo nel secondo, anzichè sul principio ormai sanzionato dalla teoria e dalla pratica, che più presto alla flebotomia cederà uno spasmo, di quello che un edema. (Trad.)

colla quale rendere sgombre le cellule polmonari e le ultime diramazioni dei bronchi dai liquidi in esse raccolte.

Sulla esistenza poi del guscio cartilagineo ed osseo che la necroscopia mostrò sul bordo sinistro del cuore, ove si ricercasse del modo con che vada questo ingenerandosi; a tal questione risponderò coi due seguenti fatti, i quali sembranmi stabilire la connessione tra l' apoplessia circoscritta del cuore e l' aneurisma falso parziale.

1.° Su di una donna della Salpêtrière, a cuore piccolo, riscontrammo, corrispondentemente alla base del ventricolo sinistro e un poco indietro al bordo sinistro del cuore, un sacco, che ammetter poteva una piccola noce, contenente insieme ad un grumo sanguigno scolorato e condensato che occupava la parte superiore della cavità, un altro grumo sanguigno ordinario; il qual sacco comunicava colla cavità del cuore per un orifizio strettissimo. Ora, da cotal disposizione di parti chiaro resulta, che una apoplessia del cuore avea preceduto la formazione di questo sacco.

2.° Su di un altro soggetto della Salpêtrière riscontrai posteriormente al bordo sinistro del cuore un fuocolare sanguigno, che senza comunicazione alcuna e coll'interno e coll'esterno del viscere, inviava dei prolungamenti considerevoli tra le fibre carnose di esso. Il tessuto del ventricolo sinistro avea acquistato una tal fragilità, che in esso affondavasi il dito come nel polmone epatizzato. Questa fragilità non limitavasi alle parti circumstanti al fuocolare, ma estendevasi ancora a qualche distanza, tanto che mostravasi il cuore come se avesse subìto una prolungata ebullizione, per cui agevole restava la separazione delle sue fibre muscolari. Il ventricolo destro partecipava alla notata fragilità del ventricolo sinistro, in minor grado però, e come se fosse il primo periodo di quella alterazione che a un periodo più avanzato esisteva nell'altro ventricolo, e di cui il periodo terzo veniva costituito da una ciste cartilaginea ed ossea.

Fascicolo 44.

MALATTIE DELLE OSSA.

Fratture del collo del femore.

(Tavole I e II.)

Abbenchè trovassi io ampiamente illustrato questo genere di alterazioni, nella eccellente memoria di Sir Astley Cooper e nelle interessanti note, colle quali i Sig. Chassaignac e Richelot arricchirono la traduzione delle opere di questo gran Pratico, volli pur non ostante non rinunziare alla opportunità che la mia posizione alla Salpêtrière procacciavami, determinandomi quindi alla pubblicazione di una serie di figure relative alla anatomia patologica delle principali varietà di frattura del collo del femore, da me osservate nel nominato Spedale.

Ed in fatti in quello Ospizio, campo vastissimo aprivasi alle mie considerazioni su tale specialità morbosa, avvegnachè sendo ivi raccolte donne di avanzata età ed altre che uno stato abituale di malattia condanna alla perfetta quiete del corpo e ad una continua giacitura in letto, ivi appunto aveasi frequente quella condizione che attua sommamente le ossa alla frattura, intendo dire della atrofia.

Poichè nella *atrofia* le ossa offrono notabile diminuzione di densità e per conseguenza di peso, senza una corrispondente diminuzione di volume; non si rammolliscono come comunemente si crede, ma piuttosto per la poca compattezza loro si fanno facilmente divisibili e si rompono

per l'azione delle cause le più leggiere, perchè il diminuito numero delle fibre ne diminuisce la resistenza.

Nella atrofia, il corpo delle ossa lunghe presenta una cavità cilindrica molto più estesa, e delle pareti molto più grosse che nello stato naturale; le quali ultime, anche nei punti ove non si mostrano tanto ingrossate, offrono una disposizione spungiosa insolita e facile a decomporsi in tante lamine tra loro separate per dei sottilissimi strati.

Manifestasi l'atrofia nelle estremità delle ossa lunghe, nelle ossa corte ed anche nelle ossa larghe per l'assottigliamento dello strato compatto che le riveste, e per la minore spessezza del tessuto spungioso, che vedesi trasformato in un tessuto reticolare. Nè mancò la pratica di mostrarmi il tallone, il collo del femore ed il gran trocantere ridotti in tante cavità alla maniera di geodi, e le coste presentare un cilindro analogo a quello delle ossa lunghe.

Nel più alto grado della atrofia, le ossa si manomettono, facilmente si spezzano sotto lo scalpello, si rompono dietro i più leggieri sforzi, tanto che il solo peso del corpo, la più piccola esterna pressione, il cambiamento di posizione in letto, bastano a produrre numerose fratture. E qui ricorderò il caso, altrove riportato, (Essai sur l'anatomie pathol., tom. I, p. 194) di una donna all'età di 50 anni, nella quale senza che precedentemente avesse avuto luogo alcuna caduta, e pei soli movimenti a cui sottoponea la sua macchina stando in letto vidersi accadere successivamente molte fratture: una frattura, cioè, alla gamba destra, un'altra alla parte superiore del femore sinistro, due o tre a quasi tutte le coste. In questa donna tutte le ossa dello scheletro mostraronsi fragili, leggiere, e sommamente facili a rompersi. Tanto il corpo del femore come quello della tibia presentarono, sotto uno strato sottilissimo di sostanza compatta, una cavità considerevolissima ripiena di midollo. Finalmente tutto lo scheletro esposto all'aria lasciò trasudare una quantità enorme di succo midollare.

Il quale ultimo fatto è non dubbia riprova, che nelle ossa atrofizzate il tessuto adiposo midollare acquista grandissima predominanza, ciò di che si ha sufficiente spiegazione in quella legge della nostra economia, che non ammette spazio il quale non sia per qualche mezzo riempito; e così hansi riempiti di siero quegli spazi circoscritti da pareti suscettibili di soffregamento o di scivolio, come si han ripieni di adipe quelli, le di cui pareti non van soggette a movimento alcuno.

A determinare l' atrofia delle ossa, non tanto nel vecchio come nell' adulto, potei stabilire dietro ripetuti fatti esser sufficienti cause la mancanza d' esercizio ed il lungo decubito in letto; tanto che non è a maravigliare, se un individuo situato in tali condizioni, cadendo sul gran trocantere, vada assai facilmente soggetto sia alla frattura del collo del femore, sia a quella del gran trocantere stesso; e non passava un mese che io non osservassi alla Salpêtrière qualche frattura di detta porzione dell'osso della coscia, genere di frattura che io unicamente potei osservare nel corso dei quattro anni di mia funzione di medico in detto spedale.

Le belle ricerche di Sir Astley Cooper han stabilito la esistenza di due specie ben distinte di frattura del collo del femore: 1.° cioè le *fratture intracapsulari*; 2.° *le fratture extracapsulari.* Queste ultime obbediscono alla legge generale delle fratture che si operano lungo il tratto delle ossa, e come quelle sono suscettibili di consolidarsi; mentre le fratture intracapsulari non si consolidano che in un piccolo numero di casi; anzi l'istesso Sir Astley Cooper afferma, non aver mai osservato fratture trasversali del collo del femore intieramente rinchiuse nella capsula fibrosa, le quali presentassero la vera consolidazione ossea, ma di più avervi sempre riscontrato dei movimenti di un frammento sull' altro. Nonostante ciò, l' illustre autore non nega la possibilità di qualche caso eccezionale, ed ammette in questa categoria quei casi nei quali non havvi separazione dei

frammenti che trovansi come tra loro incastrati, quelli di fratture senza lacerazione della guaina fibro-sierosa del collo dell'osso e quelli di fratture oblique, in parte intracapsulari, in parte extra-capsulari; ponendo però come principio generale, *che nelle fratture intracapsulari del collo del femore non esiste consolidazione ossea*, e *che se un qualche mezzo d' unione riscontrasi*, *vien questo unicamente costituito da una sostanza ligamentosa*. Quarantatrè casi raccolti da diversi osservatori, afforzano questa dottrina del Cooper.

Che in quanto alla provenienza di questi fatti eccezionali, sono essi unicamente, secondo l'illustre autore, da riportarsi ad una senile deformità del collo del femore, che può ridursi a due generi distinti: 1.° a quello costituito da una sostanza ossea, la quale si depone tanto sulla parte superiore come sulla parte inferiore del collo dell' osso corrispondente al ribordo della cavità cotiloidea, aggiungendosi talora a tal deposito una produzione ossea, che a forma di un pilastro trovasi estesa tra il capo ed il corpo dell' osso stesso; 2.° al riassorbimento del collo del femore, di modo che non ne resta vestigio alcuno, e il capo dell' osso applicandosi sul gran trocantere, l' estremità superiore del femore viene allora a rappresentare l'estremità superiore dell' umero.

Ora, se si dimandi a Sir Astley Cooper perchè le fratture intracapsulari del collo del femore non sieno rette dalle stesse leggi che le fratture extra-capsulari, egli dà ragione di ciò 1.° *pel difetto di confronto dei frammenti*, perchè, egli dice, in qualunque frattura, se i frammenti sieno tra loro divisi, la riunione ossea si rende impossibile; 2.° *per la mancanza di sufficiente pressione* di un frammento sull' altro, ciò che egli attribuisce, in parte, all' assenza di muscoli proprj a ravvicinare i due frammenti, e molto più ancora all' accumulamento di rimarchevole quantità di sinovia nella capsula articolare, da cui resulta il

divaricamento dei frammenti medesimi; osservando inoltre che il riassorbimento del liquido, che si forma dopo un certo tempo, non ha luogo se non che quando il processo inflammatorio ha cessato, o quando già *una sostanza ligamentosa segregata dalla superficie interna della capsula sinoviale si è accumulata nella articolazione*; 3.° *per l' assenza completa del processo di ossificazione corrispondentemente al capo del femore*, separato dal collo e, rimasto in rapporto colle parti vive solo per mezzo del ligamento rotondo. Su di che sono a ricordarsi le ricerche anatomico-patologiche dell' illustre autore, dalle quali resulta esser lentissimo il processo di consolidamento nel frammento attinente al gran trocantere, e quasi nullo nel capo dell' osso, venendo costituito il mezzo d' unione tra queste due parti, quando vi esista, da una sostanza ligamentosa.

D' accordo, almeno in parte, col gran pratico sulla questione di fatto, della poca frequenza del consolidamento delle fratture intracapsulari del collo del femore, non saprei esserlo su ciò che risguarda la questione teorica, ossia la interpretazione del fatto medesimo.

1.° Ed in quanto alla mancanza di confronto dei frammenti osserverò, come essa la si riscontri assai marcata in alcune fratture del corpo del femore, nelle quali, a malgrado questo notabile allontanamento dei frammenti si ha la perfetta consolidazione, operandosi, in tali casi, la continuità delle parti per mezzo come di alcune traverse, non fra le estremità dei frammenti, poichè trovansi allora sovrapposti l' uno all' altro per la estensione di molti pollici, ma bensì tra le due facce corrispondenti dei cilindri ossei.

2.° Non so poi quanto la *mancanza di pressione dei frammenti tra loro*, ritener si possa come una causa del non consolidamento nelle fratture intracapsulari del collo del femore. Poichè, primieramente resterebbe anche a pro-

varsi, se la pressione di un frammento sull' altro sia veramente condizione idonea a favorire la consolidazione di che si tratta, ed ammesso pur che lo fosse, io sostengo, che detta pressione esiste nelle fratture del collo del femore più che nelle altre fratture; poichè la capsula fibrosa della articolazione ileofemorale, estendendosi dal bordo della cavità cotiloidea al collo del femore, offre tal resistenza, che non solo non permette il più piccolo allontanamento dei frammenti ossei, ma impedisce ancora che accumulisi una quantità di sinovia nell' interno della articolazione, la quale atta sarebbe a provocare il nominato divaricamento.

3.° *L' assenza completa del processo di ossificazione per parte del capo del femore, separato dal suo collo*, è un argomento degli altri due, di gran lunga più valido (*); e tale argomento poserebbe sul principio, che il callo è il resultato di un processo effettuantesi alle estremità dei frammenti, ciascuno dei quali recar deve in tal processo organico, il suo contingente di vitalità.

Questo però non è il mio modo di spiegare la formazione del callo. Numerosissime esperienze da me eseguite su dei cani, su dei piccioni e dei conigli, non meno che un gran numero di osservazioni fatte sull' uomo (ved. *Essai sur l' anat. pathol. t.* 1, *p.* 32), mi han patentemente dimostrato » che le fratture delle ossa non vanno punto » a consolidarsi per dato e fatto di un processo che ab- » bia sede alle due estremità dei frammenti, ma che in- » vece queste estremità trovansi avviluppate dalla ossifica- » zione delle parti circonvicine, e di tal sorta che fino a » tanto che possa la ossificazione nuova esser distinta dal » tessuto dell' osso, queste estremità dei frammenti tro- » vansi come se la frattura fosse recentemente avvenuta;

(*) In qualche caso riscontrasi il ligamento rotondo allo stato di vestigio; altrove avvi totale assenza di questo ligamento.

» che in un grandissimo numero di casi (ibid. p. 48),
» il callo resulta dalla ossificazione del periostio e dei mu-
» scoli, ma di questi ultimi in special modo, i quali, grado
» a grado, divengon grigiastri, perdono la disposizione
» lineare, aumentano di consistenza, rassembrano di pri-
» mo tratto al tessuto cellulare compenetrato di albumina
» combinata, quindi rivestono i caratteri di cartilagine, fi-
» nalmente assumono quelli dell' osso. Sono suscettibili di
» simil trasformazione gli strati muscolari più profondi,
» sia per la estensione di un terzo, della metà, dei due
» terzi della loro sostanza; e facile ad apprezzarsi ne rie-
» sce la progressiva alterazione dal primo momento della
» avvenuta frattura fino alla intiera trasformazione carti-
» laginosa, quando, cioè, il callo che ancora non è che
» cartilagine, vien circoscritto e può esser separato dai mu-
» scoli circumvicini, separazione però che non può farsi
» senza una qualche lacerazione, di modo che se aver si
» voglia il callo cartilagineo perfettamente isolato, uopo è,
» asportando le parti circumposte, asportare qualche porzione
» della sua sostanza cartilaginea, o lasciarvi qualche fibra
» muscolare se aver lo si voglia conservato nella sua tota-
» lità. Ridotto così il callo di natura cartilaginea, non tarda
» lungo tempo a presentare dei punti ossei entro la sua
» sostanza, i quali si fan sensibilmente manifesti fin dal
» loro primo sviluppo, negli animali che sonosi cibati di
» robbia; quindi l' ossificazione estendesi a tutta la carti-
» lagine, e allora le estremità dei frammenti veggonsi av-
» viluppate da questo callo osseo, che, in principio, ros-
» sastro, porosissimo, compenetrato da suchi, acquista in
» seguito della consistenza. Così avviene il perfetto conso-
» lidamento dei frammenti, e le loro estremità non pre-
» sentano indizio di alcun processo organico, almeno fino
» a che per la loro compattezza si lascian distinguere dal
» callo. Molte volte mi avvenne di osservare farsi l'ossifi-
» cazione dei muscoli per lamine sovrapposte, le quali

» continuavansi colle fibre muscolari ed erano tra loro se-
» parate da degli strati di muscoli. I tendini poi e le apo-
» nevrosi veggonsi rimaner distinti in mezzo alla massa
» in principio cartilaginea quindi ossea, dalla quale vien
» costituito il callo; cosa veramente rimarchevole, poichè
» sembrerebbe che più del tessuto muscolare il tessuto fi-
» broso suscettibile fosse di cartilaginificazione (*).

Provato così che i frammenti di un osso fratturato sono affatto estranei alla formazione del callo, e che esso è unicamente il prodotto del passaggio allo stato cartilagineo e poi allo stato osseo delle parti molli che trovansi in contatto delle estremità dei frammenti stessi, nasce quindi la conseguenza, che ove le ossa fratturate circondate non sieno che per un sol lato dalle parti molli, in questa sola parte avvenir dovrebbe il consolidamento, mentre esso mancherà affatto in quei casi nei quali non esistano parti molli attorno alle estremità ossee. Della prima disposizione troviamo un esempio nella frattura della rotula e dell'olecrano, della seconda poi, nelle fratture intracapsulari del collo del femore.

La gran differenza dunque che esiste tra le fratture intracapsulari e le fratture extracapsulari del collo del femore risiede in ciò: che nelle prime le estremità delle ossa trovansi affatto libere da parti molli, mentre nelle seconde, dette estremità sono circondate da periostio, da muscoli, da tendini lacerati. Nella qual circostanza sta la ragione perchè la frattura intracapsulare non è suscettibile di consolidarsi se non che quando il periostio del collo del-

(*) Quanto alla parte che nella consolidazione delle fratture alcuni attribuiscono alla linfa plastica, altri al sangue stravasato tra i frammenti o attorno di essi, dirò che tali processi mai mi si presentarono come sufficientemente dimostrati. Così io non parteciperò giammai dell'avviso del Dupuytren, il quale ammette un callo provvisorio che sarebbe formato a spese del periostio, ed un callo definitivo, che resulterebbe dal consumo dei frammenti stessi. Le estremità dei frammenti son sempre, per quello io ne penso, totalmente estranei al callo definitivo il quale altro non è che il callo provvisorio o spugnoso trasformato in un tessuto compatto.

l' osso e la membrana sinoviale che lo riveste, sieno stati più o meno rispettati nella frattura. Su di che ritengo molti esempj di fratture intracapsulari, nelle quali mi avvenne di osservare come unico mezzo di unione tra i due frammenti, un sol fascetto fibroso che, previo attento esame, potei constatare non essere altro che una porzione di guaina sinoviale del collo del femore.

Però, anche a malgrado la completa lacerazione del periostio e della membrana sinoviale, può aversi il consolidamento dei frammenti nelle fratture intracapsulari, perchè in qualche caso si è visto stabilirsi un nesso tra i frammenti ossei per la produzione di una sostanza fibrosa, disposta a fascetti più o meno numerosi, più o meno lunghi, più o meno grossi, la quale nasce non dal tessuto osseo, ma dalla membrana adiposa midollare vestiente le cellule del tessuto spungioso.

Mi occuperò qui delle fratture extra-capsulari, in seguito parlerò delle fratture intracapsulari.

Tavola I.

Frattura extra-capsulare del collo del femore. — Dolori intensissimi. — Morte nel quinto giorno, successiva a considerevole emorragia, che avea sua sorgente nelle ossa fratturate.

La Haussard, in età di 85 anni, cadde sul gran trocantere del femore destro; l' istesso giorno 27 settembre 1835, costituitasi nella infermeria, potei constatare la deviazione sommamente marcata della punta del piede all'infuori, la prominenza costituita dal gran trocantere ed il suo movimento di ascensione che lo avvicinava alla cresta dell' ileo, prominenza e movimento d' ascensione meno pronunziati in questo caso, di quello osservisi comunemente; come pure meno marcato dell' ordinario il raccor-

ciamento dell'arto, ed anzi tanto poco marcato che se non potei negarne affatto la esistenza, impossibile però riescimmi il precisarne il grado. Attirava intanto la mia attenzione un fenomeno insolito a riscontrarsi, dir voglio del dolore: era questo eccessivo anche indipendentemente da qualunque contatto, da qualunque trazione esercitata sul membro fratturato; quindi all' indimani dell'avvenuta frattura, altro fenomeno ne susseguiva, l'aumento considerevole di volume della coscia che mostravasi infiltrata. I quali dolori e tumefazione mantennersi costanti nei susseguenti giorni e fino alla morte del malato, avvenuta il 1.° ottobre, senza che di tai fenomeni dar mi potessi una plausibile spiegazione.

Alla necroscopia, riscontrai il raccorciamento dell' arto assai meno pronunziato dell' ordinario, e restai non poco sorpreso trovando, essersi fatta nella grossezza della coscia una considerevole emorragia, dal di cui principal fuocolare esistente al di sotto il gran gluzio, il sangue erasi fatto strada, per una parte, tra il gran retto anteriore ed i vasi interno ed esterno, dei quali ultimi avea anche compenetrato la sostanza, per l' altra parte, nella fascia aponevrotica del sartorio, ed in quella del fascia-lata.

Alla vista di sì imponente emorragia, correvami tosto al pensiero, che un qualche grosso vaso fosse stato compreso nella frattura, qual supposto venendo intieramente smentito dalla perfetta integrità dei vasi più considerevoli, supponeva allora che il sangue provenisse dalle ossa fratturate; presunzione divenuta certezza, subito che tra i frammenti molteplici della frattura mostrossi un fuocolare di sangue coagulato, comunicante col descritto fuocolare principale, mentre altri grumi sanguigni vedevansi infiltrare tutte le parti molli circumstanti alla frattura.

La quale sbarazzata dalle parti molli e dal sangue, mostrava chiaro appartenere al genere delle extra-capsulari, quantunque non ne fosse andata affatto esente l' articola-

zione, poichè qualche poco di sangue stravasato esisteva nella cavità articolare.

Vista nel suo lato anteriore (fig. 1. tav. I.), la frattura corrisponde esattamente alla linea obliqua, estesa dal grande al piccolo trocantere. Vedesi inoltre la porzione superiore del gran trocantere separata dalla parte inferiore per una frattura orizzontale; sul frammento inferiore osservasi una piccola scheggia triangolare.

Il piccolo trocantere mostrasi distaccato dal resto dell' osso.

Posteriormente questa frattura (fig. 2) presentava molte scheggie, come in generale, in tutte le fratture extra-capsulari del collo del femore. Il piccolo trocantere P T faceva parte di un frammento triangolare, di cui un prolungamento superiore estendevasi fino al bordo posteriore del gran trocantere, mentre un altro prolungamento estendevasi sulla faccia interna del corpo dell' osso.

La frattura orizzontale del gran trocantere (fig. 1) prolungavasi in dietro ed in basso, in modo da separare i due terzi posteriori di questa ossea protuberanza dal suo terzo anteriore che restava continuo al corpo dell' osso; il frammento che comprendeva i due terzi posteriori del gran trocantere veniva esso pure diviso da una frattura verticale in due frammenti secondarj, uno interno, l' altro esterno.

Nella fig. 3 si han rappresentati la frattura del collo del femore vista dalla parte posteriore ed i frammenti separati ed allontanati fra loro, cioè, 1.° il frammento superiore formato dal capo e dal collo dell' osso; 2.° il frammento inferiore resultante dal corpo dell' osso, rimarchevole per la disposizione angolosa della superficie fratturata; 3.° il frammento del piccolo trocantere che riempiva l'angolo rientrante del frammento inferiore; 4.° il frammento del gran trocantere, separato dal corpo dell' osso e diviso esso pure per una frattura verticale. Quindi una cavità

piena di sangue riscontravasi tra il collo ed il corpo del femore, comunicante col canal midollare.

Finalmente la fig. 4 offre una sezione del corpo del femore, in cui mostrasi una frattura cellulosa o spungiosa, la quale altro non è che il resultato dell' atrofia dell' osso.

Riflessioni. — Raramente avviene che una frattura extra-capsulare del collo del femore sia una frattura semplice. Le più spesse volte infatti osservasi il piccolo trocantere che appartiene sempre al frammento inferiore, separato dal corpo dell' osso e faciente parte di una scheggia più o meno considerevole di esso (*). Più spesso ancora il gran trocantere indebolito nella sua parte superiore e posteriore per quella escavazione distinta col nome di cavità digitale, si spezza e si divide in molti frammenti, i quali ordinariamente son tra loro tenuti insieme dal periostio e dal tessuto fibroso appartenente al ligamento capsulare ed ai tendini dei numerosi muscoli che si inseriscono in questa parte del femore.

In quanto poi alla separazione del piccolo trocantere dal restante dell' osso, osserverò come essa non eserciti ordinariamente influenza alcuna sulla posizione e sulla azione dell' arto. Però nel caso testè descritto, congiunte a tal separazione aveansi pronunziatissime la semi-flessione della coscia e la rotazione del piede all' infuora ; resultati necessari della contrazione dei muscoli psoas, e iliaco. L'arto era poco raccorciato, ma il tenue raccorciamento spiegavasi pel mancato spostamento dei frammenti che non avean subìto alcuna sovrapposizione, dal che pure la poca marcata protuberanza e il niun movimento di ascensione del gran trocantere.

(*) Qualunque frattura della parte superiore del collo del femore al di sotto del piccolo trocantere, non è a ritenersi come una frattura del collo, ma bensì della estremità superiore di quest' osso.

E parlando ora del modo col quale, nel citato caso, effettuossi la emorragia, dopo un esame sulla posizione respettiva dei frammenti che patentemente vedevansi intercettare una cavità ripiena di grumi sanguigni, la quale trovavasi come scavata nel tessuto spungioso dell' osso corrispondentemente al gran trocantere, io ne inferiva, che la emorragia provenisse dallo stesso tessuto osseo, ed ecco quale era il mio ragionamento: le ossa sono assai più vascolari di quello si crede comunemente, il loro tessuto presenta la più grande analogia coi corpi cavernosi della verga, tanto che per la sua totalità nei soggetti giovani, ed in parte, negli adulti e nei vecchi, aver si può come un tessuto cavernoso a pareti ossificate. Tal specialità di struttura porta necessariamente ad ammettere nelle fratture interessanti il tessuto spungioso, la produzione di un versamento sanguigno, versamento, in generale, poco considerevole, forse in parte perchè i frammenti ossei poco discosti l' uno dall' altro esercitano sulle loro respettive superficj gementi sangue, una compressione sufficiente ad arrestare la emorragia. Ora nel caso suddescritto noi vedemmo detti frammenti intercettare una cavità notabilmente estesa, la quale non era esattamente chiusa, ma dava anzi luogo alla escita libera del sangue. In tal disposizione di parti veggo io la libertà nelle cellule del tessuto spungioso a lasciar gemere il sangue, se non in abbondanza, almeno in un modo continuo, ed escludendo la emorragia proveniente da grosso vaso, perchè istantanea stata sarebbe la morte, io vi ravviso piuttosto quella che operasi lentamente, alla maniera appunto delle emorragie dei tessuti erettili.

Di più, nel nostro caso, così estesa era la superficie della frattura, che difficilmente altra riscontrar potrebbesi la quale offrisse un più gran numero di cellule divise.

(Tavola II.)

Frattura extra capsulare del collo del femore ; morte al quarto giorno.

Questo ed altri fatti ulteriori mi han confermato nella opinione, che nelle fratture del collo del femore le deviazioni del piede all' infuori tengono, in generale, non ai muscoli, non al peso del membro , ma bensì al modo di incastro dei frammenti.

La Leray , in età di 72 anni , costituissi , il 4 ottobre 1835, alla infermeria, nella sala S. Luca N° 7. Quindici giorni avanti essa avea fatto una caduta sul gran trocantere , e fino da quell'epoca, dolorosissimi eran divenuti i movimenti della coscia , e l' ammalata rendeva involontariamente le orine e le materie fecali.

Facean manifesta, in questo caso, la frattura del collo del femore il marcato raccorciamento della coscia, la deviazione della punta del piede all' infuora, tanto che il piede sinistro corrispondente alla parte ammalata, formava un angolo retto col piede destro, il notabile avvicinamento del gran trocantere alla cresta dell' ileo , la protuberanza formata dal gran trocantere stesso.

Sopraggiungevano intanto nella ammalata l' abbondante diarrea, la perdita dell' appetito e delle forze; l' indebolimento della intelligenza; finalmente accadeva la morte il 28 ottobre, quarantesimo giorno dalla avvenuta frattura.

Necroscopia. — Pel raccorciamento della coscia l' arteria femorale mostravasi estremamente flessuosa corrispondentemente e al di sotto la frattura (*). L' estensione del-

(*) In questo soggetto l' arteria femorale mostravasi biforcata corrispondentemente alla arcata femorale, distante circa cinque linee dalla origine della epigastrica. Accoppiate vedevansi le due branche della biforcazione, trovandosi la femorale profonda al di fuori, la femorale superficiale al di dentro. Quest' ultima poi ricopriva la vena femorale.

l' intervallo che separava il gran trocantere dalla cresta dell' ileo era, nella parte ammalata, minore della metà di quello corrispondente alla parte sana; scolorato e come indurito mostravasi il piccolo gluzio, e appena era discernibile la sua disposizione fascicolare.

Nella fig. 1 si ha rappresentata la frattura del collo del femore vista anteriormente e ne' suoi rapporti coll'osso ileo. In essa, come suole ordinariamente osservarsi, la frattura esiste alla base del collo del femore, e prossimo all' angolo retto è l' angolo formato dal collo col corpo dell' osso; dal che necessariamente avveniva, che il gran trocantere G T fosse molto più elevato da questo lato che dal lato sano. Il piccolo trocantere P T distaccato dal corpo dell' osso è pur esso sommamente portato in alto. Quindi il frammento superiore presenta, in basso, una specie di apofise in forma di punta, situata avanti il frammento inferiore benissimo indicato sulla figura 3, la quale apofise venia ricevuta in una cavità incompleta, formata da un tessuto osseo di nuova formazione, dell' aspetto di tante vegetazioni spungiose e mammellonate V M, V M, V M.

Inoltre per la special direzione del collo del femore la linea aspra L A guarda in fuori; è volto in avanti il bordo interno dell' osso, in dietro il bordo esterno; tanto che si direbbe che il femore avesse descritto un movimento di quarto di rotazione sul suo asse.

La fig. 2 rappresenta la frattura vista posteriormente. In essa mostrasi chiaramente la parte posteriore del gran trocantere G T, cioè la parte corrispondente alla cavità digitale, separata dalla parte anteriore per una sezione obliqua. Il pezzo osseo formato dal gran trocantere vedesi applicato sulla faccia posteriore del collo del femore.

Separato dal resto dell' osso è il piccolo trocantere P T. Sul frammento inferiore osservansi delle vegetazioni mammellonate, V M, V M, primi elementi, senza dubbio, al ristabilimento della continuità dell'osso.

La fig. 3 rappresenta i frammenti tra loro divisi, e ne lascia apprezzare il numero e la configurazione.

Sono essi quattro: uno spettante al collo del femore, uno ai due terzi posteriori ed alla sommità del gran trocantere, uno al corpo dell' osso ed alla parte anteriore del gran trocantere, uno infine al piccolo trocantere P T, al quale è annesso un piccolo frammento osseo F O, che in parte ne resta separato per una frattura incompleta.

Coprivano la superficie dei nominati frammenti delle particelle ossee ed una materia poltacea rossastra, da me riguardata come resultante da piccoli grumi sanguigni privati della materia colorante. Dall' una all' altra di queste ossee superficj passava un prolungamento vascolare, fibroso, avente origine da tutta la estensione anzi che dalla circonferenza delle stesse superficj ossee.

Però in detta loro circonferenza vedevansi i frammenti uniti tra loro per un tessuto fibroso appartenente al periostio, ai tendini, alla capsula fibrosa, in una parola, ai tessuti bianchi che circondano l' articolazione.

La faccia posteriore del collo del femore mostravasi affatto spoglia del periostio e della ripiegatura sinoviale.

Quindi le superficj ossee sgombre dalla nominata sostanza poltacea rossastra che le ricopriva, presentavano lo stesso aspetto, che se la frattura avvenuta fosse in quell' istante (fig. 3). Non esisteva adunque tra i frammenti ossei alcun processo di solidificazione.

Il frammento superiore mostrava due resti ossei: 1.° uno inferiore quasi in totalità resultante da tessuto compatto, in forma di punta o di chiodo A V M, che veniva ricevuto in una cavità di nuova formazione situata avanti al frammento inferiore, e costituita da delle vegetazioni mammellonate V M, V M, e da tessuto fibroso; 2.° l' altro del primo più considerevole A F, intieramente composto di tessuto spugnioso contenuto nella spessezza del gran trocantere.

Esisteva dunque un doppio incastro del frammento superiore e del frammento inferiore, che avea reso impossibile ricondurre il femore alla sua direzione naturale, ed avea prodotto la rotazione del piede all' infuora.

Riflessioni. — Sommamente raro è il caso di frattura extra-capsulare del collo del femore perfettamente semplice; poichè, mentre per un lato l' atrofia senile attua sì il capo che il collo del femore a tal genere di frattura, d'altra parte, la cavità digitale distacca, in qualche modo, i due terzi posteriori del gran trocantere dal corpo dell'osso, per cui questa eminenza si rompe quasi sempre unitamente e al tempo stesso che la base del collo, e ordinariamente nel punto di riunione de' due terzi posteriori col terzo anteriore.

Nelle fratture extra-capsulari, il frammento superiore, formato dal capo e dal collo dell' osso presenta quasi sempre una specie di punta smussata che vien ricevuta in una cavità formata nella spessezza del gran trocantere, e la quale è talvolta costituita dal tessuto spungioso della base del collo e più spesso ancora dal tessuto compatto del bordo inferiore del collo medesimo.

Questa punta smussata vien ricevuta ordinariamente, quando il gran trocantere è diviso in due frammenti (ciò che di sovente accade), entro questi due frammenti stessi, e quando il gran trocantere non sia rimasto diviso, allora essa trovasi come impiantata, alla maniera di un chiodo, nella spessezza di questa protuberanza o anche nella porzione superiore del collo del femore. Nè è raro il caso in cui il collo di quest' osso sia totalmente penetrato nel gran trocantere, per cui allora la estremità del frammento formato dal collo, giunge a contatto della parete esterna del cilindro costituito dal corpo del femore (*).

(*) È caso rarissimo che la prominenza in forma di chiodo appartenga al frammento inferiore, ed io non ho riscontrato una tal disposizione che una sola volta. In un altro caso poi una massa di tessuto

Il piccolo trocantere è, le più spesse volte, separato dal resto dell' osso, ora affatto isolato, ora sostenuto da una scheggia ossea più o meno estesa. E qui ricorderò, come la separazione del piccolo trocantere eserciti una qualche influenza sul modo di consolidarsi della frattura del collo del femore.

Finalmente, la sede di questo genere di fratture corrisponde, nella maggior parte dei casi, alla base del collo del femore, internamente ai due trocanteri, i quali appartengono allora al frammento inferiore.

Ebbi luogo di osservare, non ha guari, in una donna che per un calcio di cavallo avea percosso, cadendo, il fianco sul suolo, una frattura al di sotto il gran trocantere, il quale era d' altronde rimasto intatto: il piccolo trocantere faceva parte di una scheggia ossea assai considerevole distaccata dal resto dell' osso ed un 'altra riscontravasi al lato esterno dell' osso medesimo, per cui esistevano due frammenti principali e due scheggie. Non so se tal frattura chiamar potrebbesi frattura del collo del femore, o sivvero frattura della parte superiore del corpo di quest' osso. Osserverò frattanto che tutti i segni esistevano della frattura del collo del femore, ma che il gran trocantere non erasi punto spostato. D' altronde non è presumibile che questa frattura siasi prodotta per colpo diretto; ed io son d' avviso che il calcio del cavallo cagionò la frattura solo perchè in forza di esso ebbe luogo la caduta del corpo sul gran trocantere. Questo caso raccolto alla Salpêtrière dal Sig. Nivet, nella clinica del sig. Bérard il giovane, fu presentato alla Società anatomica.

3.° Nelle fratture del collo del femore si ha 1.° lo spostamento nel senso della lunghezza dell' osso, per cui l'angolo resultante dal collo col corpo dell' osso, diventa retto,

spungioso distaccata dal centro del gran trocantere, avea penetrato nella spessezza del femore e fino nella parte superiore del corpo di quest'osso, tanto che impossibile riescimmi il distaccarnela.

e qualche volta ancora acuto; 2.° lo spostamento nel senso della grossezza dell' osso, nel qual caso, il frammento superiore resta, ora leggermente obliquo dall' avanti all' indietro, e dall' indentro all' infuora, di modo che il frammento inferiore sorpassa in avanti il frammento superiore, ora obliquo nel senso opposto al già mentovato, per cui il collo del femore sorpassa anteriormente il frammento inferiore; 3.° lo spostamento nel senso della circonferenza dell' osso, il quale, in un certo numero di casi, sembrommi il resultato dell' incastro dei frammenti, non meno che la causa delle diverse specie e dei diversi gradi di deviazione dal piede, deviazione che non presenterebbe varietà alcuna, ma che manterrebbesi costantemente la stessa, se, come da alcuni si vuole, tenesse ad una causa costantemente identica, cioè, alla azione muscolare. Frattanto nello apprezzare lo spostamento che han subito i frammenti, non posso a meno di osservare, come gli autori abbiano sommamente esagerato i differenti gradi d' inclinazione del capo sul corpo del femore e secondo le età e secondo i sessi. Questa inclinazione del collo sul corpo dell' osso appresentossi alla mia osservazione quasi identicamente la stessa e nella donna e nell' uomo, nei soggetti giovani, e negl' individui di avanzata età.

4.° Nelle fratture del collo del femore, sieno quelle extra-capsulari, come, in special modo, le intra-capsulari, tanto il capo dell'osso quanto la cavità cotiloidea perdono costantemente la loro forma naturale; poichè le diverse pressioni, i diversi attriti non facendosi più nel modo consueto, ne avvengono ed il consumo delle cartilagini, e lo sviluppo di ossee vegetazioni, finalmente l' alterazione nella configurazione esterna delle parti.

5.° Quanto poi alla produzione del callo osserveremo, come esso cominci sempre dal frammento inferiore, e presentisi sotto l'aspetto di vegetazioni irregolari che circondano questo frammento. Ma non concorron punto alla sua consolidazione ed il

sangue versato tra i frammenti, come vuolsi da alcuni, e la da molti decantata linfa plastica, e gli stessi tessuti spungioso e compatto. Dei fascetti fibrosi estesi da un frammento all' altro e che esistono a spese della membrana midollare, portano alla riunione delle ossa con quell' istesso meccanismo che presiede alla riunione delle parti molli.

CANCRO DEL FEGATO.

Tubercoli cancerosi del fegato.

TAVOLA III.

I tubercoli cancerosi e le masse cancerose del fegato sono ora *primitivi*, ora *consecutivi*. I primi indipendenti da qualunque altra malattia cancerosa preesistente; i secondi provenienti da una malattia cancerosa, che ha sua sede in un organo più o meno lontano.

Vi han degl' individui i quali, attaccati da malattia cancerosa in un solo organo (nel fegato in particolare), senza che alcun' altra parte della economia ne abbia partecipato, periscono per dato e fatto di questa alterazione locale che, o ha indotto profondo disturbo di funzioni, o ha portato al totale esaurimento delle forze.

In altri soggetti sviluppasi il cancro simultaneamente in più e diverse parti, quasi fosse il resultato di una infezione generale.

Finalmente in una terza serie di fatti manifestasi il cancro in un punto circoscritto della macchina, dal quale, come da un fuocolare d' infezione, propagasi ad un gran numero di organi. In questi casi, nei quali essendo di bel principio la malattia totalmente locale, si fa in seguito generale pel trasporto del succo canceroso in tutta la economia, vedesi chiara l' analogia che, sotto questo rapporto, esiste tra l' infezione purulenta consecutiva alla flebite, e l' infezione cancerosa. Ed in fatti altrove pure io dimostrava: come a questi due modi d' infezione il fegato ed i polmoni preminentemente agli altri visceri andassero il più abitualmente ed il più prontamente soggetti; che in

ambedue questi visceri aveano sede analoga tanto i fuocolari cancerosi come i fuocolari purulenti; che ad ambedue questi fuocolari congiunta trovavasi la esistenza del pus o del suco canceroso nelle vene di medio calibro; che per l'analogia dei fatti vedevami autorizzato a riguardar detti fuocolari come risiedenti nel sistema capillare venoso; e che finalmente, se gli ascessi consecutivi ad una flebite apparivanmi il resultato di una flebite purulenta consecutiva, così i fuocolari o ascessi cancerosi erano per me da ritenersi come il resultato di una flebite cancerosa consecutiva.

Fra tutti i cancri quello della mammella è il più idoneo degli altri a far risentire la sua mala influenza su tutto il resto dell'animale economia; e questa fatal prerogativa è forse da riportarsi alla circostanza, che tale alterazione anche assai profonda delle mammelle, può, nella sua località, percorrere impunemente tutti i suoi periodi e giungere al grado il più avanzato, senza ledere funzioni interessanti direttamente la vita.

Vittima di questa specie di cancro fu la donna a cui apparteneva il fegato rappresentato dalla tavola III. Il qual viscere sembrommi, in questo caso, rimarchevole pel tenue suo sviluppo, che notabilissimo suol riscontrarsi nei fegati carcinomatosi, non meno che per la quantità grande delle masse e dei tubercoli cancerosi, di cui moltissimi trovavansi sul loro primo incremento, tanto che offrivasi largo campo a studiare il cancro ne'suoi diversi periodi, dal primo momento, cioè, del suo nascere fino al suo completo sviluppo. Quindi in questo stesso caso notava io ciò che in ben molti altri casi mi avvenne di osservare, che, cioè, la maggior parte dei tubercoli e delle masse cancerose occupavano la superficie del fegato; che quelle tra le masse cancerose della superficie erano prominenti e depresse nel centro come tanti calicetti, e corrispondentemente ad esse la membrana peritoneale mostravasi ingrossata e come cartilaginosa; che il lobo medio o lobo sinistro del fegato

presentava una maggior quantità di tubercoli e di masse cancerose di quello presenti, nella più parte dei casi, il lobo destro.

Durissime poi mostravansi queste masse o tubercoli, e veramente in quello stato che col nome di *scirro* sogliono designarsi; il loro tessuto strideva sotto il taglio, alla maniera stessa delle cartilagini, e sembrava essenzialmente fibroso, abbenchè sotto la pressione, rimarchevole quantità di suco canceroso fluisse dalla superficie della sua sezione. Alcuni di questi tumori rammolliti presentavano l'aspetto dell' encefaloide; assai meno resistente era il loro tessuto fibroso, e previa la più leggiera pressione, ottenevasi abbondantissima quantità di umor canceroso.

Quindi un attento esame di queste masse e di questi tubercoli mi permise di constatare: 1.° che questi ultimi altro non erano che le granulazioni del fegato trasformate; 2.° che le masse cancerose venivano costituite da dei gruppi di granulazioni traversate da tante specie di setti formati dai vasi del fegato, le pareti dei quali divenute erano più grosse e resistentissime. Da ciò manifesto rendevasi, che come negli ascessi epatici resultanti da flebite, quivi pure l' alterazione avea luogo a spese delle stesse granulazioni epatiche, per cui non era essa punto da ritenersi come il prodotto del suco canceroso deposto nel tessuto cellulare intermedio alle granulazioni.

Che tornando al soggetto spettante al nostro caso è da notarsi, come la cistifellea non facesse più parte delle vie biliari, dalle quali veniva essa separata per la obliterazione completa del dutto cistico, mentre la sua cavità riscontravasi piena di pus e le sue pareti estremamente grosse e injettate.

Supplirò alle notizie mancatemi nel soggetto cui spettava il fegato rappresentato dalla tav. III, colle osservazioni seguenti, da me raccolte all' Ospizio della Salpêtrière.

Cancro ulcerato alla mammella destra, in una giovine di 26 anni. — Tubercoli cancerosi circumposti al cancro. — Idrotorace. — Qualche placca cancerosa superficiale in ambedue i polmoni. — Qualche tumore carcinomatoso nel fegato.

La giovine M. . . . . in età di 26 anni, situata tra le incurabili, portava alla mammella destra un' ulcera cancerosa, circolare, di due pollici e mezzo di diametro.

Quest' ulcera, di un colore vermiglio, vedevasi coperta da bottoni cellulosi e vascolari, alla maniera di un' ulcera semplice. Sebbene coi bordi tagliati a picco, era essa, nella sua parte interna, ricoperta da una cicatrice di buona natura e sembrava in via di guarigione. Attorno di essa esisteva un indurimento sormontato da tubercoli sviluppati nella spessezza della pelle. Quindi un gran numero di altri tubercoli cutanei e succutanei, pisiformi, mostravansi a notabile distanza e fino presso le ultime coste.

L' altra mammella conteneva entro la sua sostanza molti grossi tubercoli di una durezza lapidea, facilmente discernibili dalla mammella stessa appunto per la enunciata durezza.

Dopo un mese dal suo arrivo nello spedale, vien sorpresa l' ammalata da febbre e da oppressione di respiro.

Riscontrato il torace, niuna risuonanza a destra sotto la percussione, mentre l' ascoltazione ne fa avvertire la voce tubale con egofonia. Constatata la presenza dell'idrotorace, annunziavane io la causa nello sviluppo di tumori o placche cancerose formate, sia a spese della pleura, sia a spese del tessuto del polmone.

Visse l' ammalata nel descritto stato, per circa due mesi, e soccombè quindi ad una lenta febbre, congiunta a profusi sudori.

Necroscopia. — La glandula mammaria destra mostravasi convertita in una massa cancerosa. La pelle e il sottoposto cellulare, che avean subìto notabile indurimento, aderivano intimamente alla glandula stessa, ma senza partecipare della sua alterazione. Dei tubercoli facilmente apprezzabili più che per la loro spessezza, per la loro forma globulare e pel suco canceroso da cui venivan compenetrati, esistevano nel cellulare succutaneo e nella cute stessa. Altri di una durezza cartilaginea, abbenchè sempre compenetrati da suco canceroso, riscontravansi in maggior distanze, ma come i primi, nella spessezza del tessuto cellulare succutaneo e nella pelle medesima. Divisa quindi in tante sezioni, offersemi la detta glandula una quantità notabile di suco canceroso che ne usciva in forma di vermi. D'altronde, abbenchè la mammella sembrasse aderente alle pareti ossee del torace, non avea però la degenerazione attaccato il gran pettorale, il quale soltanto vedevasi trasformato in un tessuto totalmente fibroso nella metà della sua sostanza.

La mammella sinistra contenea nel suo centro dei grossi tubercoli durissimi, dai quali fummi impossibile ottenere una sola goccia di suco canceroso, e la di cui natura sembrommi totalmente fibrosa ed analoga a quella dell'indurimento della glandula mammaria esistente attorno il capezzolo.

Torace. — Nella cavità della pleura destra: stravaso notabile di un liquido, color limone; niuna falsa membrana, niuna traccia di flogosi; la superficie del corrispondente polmone sparsa di piccole placche circolari d'ineguali dimensioni, di un bianco semi-trasparente, simili a delle piccole gocce di cera; le quali placche sottostanti alla pleura e di diverse dimensioni, mostravano evidentemente essersi ingenerate a spese dello strato il più superficiale del polmone stesso.

Le medesime alterazioni esistevano nel polmone della

opposta cavità, ove però non erasi fatto versamento di sorta alcuna.

Addome. — Il fegato e le ovaja erano i soli organi attaccati dalla affezione cancerosa.

Il fegato non presentava che una grossa massa cancerosa e tre tubercoli dell' istessa natura. La massa cancerosa scavata a guisa di calice occupava la superficie del viscere, e il suo tessuto mostrava rimarchevole durezza; essa era inoltre traversata da delle vene tutte permeabili, ed i suoi strati superficiali ritenevano una maggior compattezza ed una minor vascolarità di quello offrisse il suo centro.

Le ovaja, di un volume due o tre volte maggiore del naturale, mostravansi bernoccolute e dure, di un tessuto spungioso e vascolare nel loro centro, mentre alla loro circonferenza esistevano dei grossi tubercoli compattissimi, costituiti da un tessuto fibroso compenetrato da suco canceroso.

Diverse considerazioni emanano dal qui narrato caso. 1.° L' età dell' ammalata, di 26 anni, presentasi come un contrapposto alla esistenza di sì marcata infezione cancerosa.

2.° È poi a osservarsi l'andamento di questa infezione la quale sviluppossi 1.° sulla mammella sinistra (tubercoli); 2.° sulla pelle e sul tessuto cellulare per un raggio assai esteso (tubercoli cutanei e succutanei); 3.° sul fegato (una grossa massa cancerosa e tre tubercoli); 4.° sui polmoni (placche cancerose superficiali in gran numero); 5.° sulle ovaja (tubercoli).

3.° E in quanto al cancro consecutivo del polmone osserverò, come esso manifestasi generalmente in due modi o sotto due distinte forme, ora, cioè, sotto quella di grosse masse cancerose simili a quelle del fegato, ora sotto quella di macchie superficiali analoghe a delle gocce di cera. Nel quale ultimo caso la pleura o piuttosto il sottostante tes-

suto cellulare sembra esser la sede della malattia, mentre le placche che hanno un aspetto cartilagineo vengon costituite dal suco canceroso infiltrato, che in principio esteso unicamente alla pleura ed al sottostante tessuto cellulare, finisce per invadere il tessuto del viscere respiratorio.

4.° L' infezione cancerosa predilige più frequentemente il fegato che i polmoni, per cui ordinariamente, quando i polmoni ne van del pari attaccati, riguardasi sempre l'alterazione di questi ultimi consecutiva a quella del primo. Nel caso descritto non è infatti equivoca l' anteriorità della grossa massa del fegato sulle placche superficiali del polmone; solo è a sorprendere, che unicamente alla detta massa siasi limitata l'alterazione cancerosa di questo viscere.

5.° Il cancro consecutivo delle ovaja è un fatto d'anatomia patologica sommamente raro.

6.° Al contrario è frequentissimo l' idrotorace nel cancro della mammella, il quale può riconoscere più e diverse cause: 1.° può esso provenire dalla estensione della degenerazione della mammella ai muscoli intercostali, alle coste ed alla pleura per continuità di tessuto; 2.° può cagionarlo la stessa infezione cancerosa, indipendentemente da qualunque rapporto di continuità, infezione cancerosa che può invadere la pleura, il sottoposto tessuto cellulare, ed il polmone stesso.

Ciò che io dico dell' idrotorace può applicarsi del pari alla pleuritide, di cui l' idrotorace è uno dei resultati i più costanti.

Vedremo nel caso seguente, aver l' affezione cancerosa unicamente la sua sede nei polmoni, e un solo tubercolo esistere nel fegato.

Cancro della mammella terminato per cangrena. — Morte nel marasmo. — Tumori cancerosi in gran numero nei polmoni. — Fegato granuloso, e un sol tubercolo nella sua sostanza.

M. . . . . . in età di 57 anni: cancro ulcerato alla mammella sinistra gemente un licore sommamente fetido; cangrena, in principio superficiale ed a punti isolati, quindi in breve tempo, estesa a molta profondità dell' organo che resta quasi intieramente distrutto dalla infazione. Marasmo. Morte.

Necroscopia. — Al lato esterno della glandula mammaria, riscontravasi un tumore fluttuante, che io avea creduto dover rispettare, durante la vita dell' individuo; veniva esso costituito da della sierosità lattescente contenuta in una cavità moltiloculare, le di cui pareti resultavano da delle glandule subassillari degenerate, che sembravano continuarsi colla glandula mammaria e che erano penetrate da grandissima quantità di suco canceroso.

Il cancro poi vedevasi limitato alla glandula mammaria, rimasto intatto il gran pettorale.

I polmoni mostravansi infarciti di grossi tubercoli, alcuni dei quali superficiali, altri, ed in maggior numero, entro la sostanza dell' organo. I primi erano scavati in forma di calice, alla maniera dei tubercoli del fegato.

La sezione di questi grossi tubercoli lasciava scorgere patentemente, che essi resultavano da un tessuto spungioso areolare infiltrato da grandissima quantità di suco canceroso, e come ben poche altre volte potei osservare, il quale, previa la più leggiera pressione, sgorgava come da una spugna, da tutti i punti della superficie della sezione. Questi tubercoli, molti dei quali vedevansi allo stato nascente, mostravano nel più manifesto modo, non esser punto deposti in mezzo al tessuto polmonare intatto, ma

resultanti da questo stesso tessuto infiltrato di suco canceroso, come esso lo è di pus, vigente la infiammazione, il qual tessuto sbarazzato poi, mediante la pressione, dal suco canceroso, compariva, presso a poco, co' suoi caratteri normali.

Il fegato era voluminoso, giallastro, con granulazioni sommamente pronunziate, e contenente un sol tubercolo canceroso, oltre due o tre granulazioni in una incipiente degenerazione.

Riflessioni. — Caso frequentissimo è il cancro della mammella terminato per cangrena, la quale, ora attacca l' organo gradatamente e a strato per strato, ora vi si sviluppa a punti isolati ma approfondandosi nella sua sostanza, ora lo invade in tutta la sua massa, che resta distrutta, quasi fosse stata sottoposta all' azione di un caustico.

Della qual forma cancerosa presentommi la pratica, non ha guari, luminoso esempio. Una cicatrice di buona natura cuopriva, in questo caso, la parte, in precedenza occupata dalla mammella, che mancava in totalità, distrutta dalla estesa cangrena. Confidava io nella guarigione della ammalata, quando, in breve, delle piccole masse dure manifestaronsi nella spessezza della cicatrice: distrutte queste col cloruro di zinco, non tardò gran tempo che altre manifestaronsene più profonde delle prime, e non solo corrispondentemente alla cicatrice, ma ancora all' ascella. A questo ripullulare del cancro come un' idra a cento teste sempre rinascenti e che invano da me tentavasi di estirpare, mi accorsi che la malattia esisteva, come si suol dire, nel sangue, ove essa disgraziatamente restava superiore ai compensi dell' arte.

Che tornando al caso di che qui facemmo parola, è da notarsi, come evidentissima in esso mostrassesi la identità nell' aspetto loro (tolta la differente qualità del liquido

infiltrato) tra le piccole masse cancerose dei polmoni e gli ascessi molteplici che in detto organo sogliono susseguire alla flebite traumatica, dal che l' istessa teoria per la infezione cancerosa come per la infezione purulenta. Di più è da osservare, che nel nostro individuo la infezione cancerosa erasi spiegata esclusivamente sui polmoni appena esistendo, nei suoi primi gradi, nel fegato; prevalenza di sede che non è comune alla maggior parte dei casi, riscontrandosi, ordinariamente, l' ultimo viscere attaccato precedentemente all' altro.

Finalmente la lesione del polmone non erasi fatta apprezzabile per alcun fenomeno morboso che dal viscere ammalato avesse una diretta provenienza, ciò che suole osservarsi nella pluralità dei casi, nei quali viene essa, in qualche modo, a rendersi manifesta unicamente per la esistenza dei sintomi propri del versamento della pleura o di quelli della pleurite, malattie che la pratica ne offerse quali frequenti resultati della presenza di tumori cancerosi nel polmone.

Riportiamo qui sotto un esempio di malattia cancerosa, che in contrapposto al caso già mentovato, ne dimostra esistere questa lesione per la maggior parte nel fegato, ed i polmoni trovarsi in perfetto stato d' integrità.

Cancro alla mammella; sua estirpazione; degenerazione cancerosa della cicatrice e dei muscoli intercostali. — Morte. — Cancro del fegato; qualche indurimento circoscritto del polmone; due tubercoli alla superficie dei reni.

M. . . . avea subìto l' operazione del cancro alla memmella, cinque o sei mesi avanti il suo ingresso alle Salpêtrière, ove non tardò a soccombere con tutti gli sconcerti propri dell' infezione cancerosa, nel suo più alto grado. Sembra che la cicatrizzazione della piaga resultante

dalla operazione, non fossesi mai completamente effettuata.

Alla necroscopia, tumore aderente ai muscoli intercostali degenerati, alle coste e al polmone corrispondente. Nei muscoli intercostali cancerosi riscontravasi sempre qualche vestigio delle fibre muscolari e aponevrotiche.

Una costa, essa pure degenerata, offriva tra due lamine compatte assai sottili, una quantità rimarchevole di suco canceroso analogo ad una poltiglia, in alcuni punti, biancastra, in altri rossastra.

Il polmone, che aderiva per un certo tratto, alla pleura costale, presentava negli strati più superficiali un indurimento, che ove riscontrato si fosse in un individuo non attaccato da malattia cancerosa, sarebbesi giudicato di natura tubercolare. Quindi altri indurimenti circoscritti mostravansi in più punti staccati della sostanza del viscere, i quali sembravano partecipare e della materia tubercolosa e della cancerosa, talmente che la loro natura esclusivamente cancerosa faceasi ammissibile soltanto per la presenza del cancro in altri organi.

Ma la infezione cancerosa erasi, in questo caso, principalmente spiegata sul fegato, la di cui superficie mostrava una quantità di tumori leggermente prominenti, scavati in calici, alcuni bianchi, altri semi-trasparenti.

Inciso quindi il viscere, videsi questo infarcito da una quantità di tumori che in parte erano situati sulla sua superficie e sollevavano le membrane che lo rivestono, in parte mostravansi disseminati a diverse profondità nella sua sostanza, ed un gran numero avvicinavano le divisioni della vena epatica, le quali erano, in forze della presenza di essi, diminuite notabilmente di calibro, ed alcune presentavano le loro pareti aver partecipato alla degenerazione cancerosa.

In questi tumori epatici numerose varietà faceansi rimarcare, sia nel volume, sia nel colore, come nella consistenza loro. I più piccoli erano semi-trasparenti e costi-

tuiti da uno, due e tre acini glandulari degenerati, i grossi poi veniano traversati da dei vasi e da dei dutti biliari. In quanto al colore, eranvene dei bianchi, dei rossi feccia di vino, i quali riteneano una consistenza polposa, ed altri che presentavano in sieme riuniti ambedue i già mentovati colori.

Per quello spetti alla consistenza, alcuni erano ridotti in una poltiglia bianca o rossastra; altri offrivano l'aspetto di una sorta di mucillaggine traversata da dei vasi; comune ad essi mostravasi una specie di rammollimento mucillaginoso, esistente nel loro centro ; e per ciò che riguardi la provenienza loro , non è a dubitare che tutte queste masse cancerose non fossero le stesse granulazioni del fegato degenerate.

Due tubercoli dell' istessa natura riscontravansi sulla superficie di ciascun rene.

Il retto, l' utero, le ovaja e le trombe presentavano delle strette aderenze tra loro.

Cancro allo stato liquido o ascessi cancerosi contenuti in cisti nel fegato, consecutivi ad un cancro uterino. — Massa cancerosa, di forma circolare, prodottasi a spese dell' osso frontale.

Questa osservazione di che andiamo a occuparci, è rimarchevole sotto molti riguardi ; essa in fatti ci mostra 1.° l' infezione cancerosa coincidente col cancro uterino ; 2.° il cancro del fegato rappresentato da delle cisti ripiene di suco canceroso alla maniera degli ascessi rinchiusi in cisti e che agli occhi di molti i quali esaminarono il pezzo patologico, ne imposero, di primo tratto, per veri ascessi del fegato.

Riguarda questo caso una donna attaccata da cancro all' utero, la quale mancò alla vita nel marasmo senza avere accusato alcuno sconcerto che partisse dal fegato, e

senza avere offerto i caratteri ordinari della affezione cancerosa. Solo dalla istoria dei segni anannestici resultava, che essa era stata, in passato, travagliata dalla gotta, dalla quale ne era avvenuta la lussazione delle articolazioni metacarpo-falangiche (*).

Alla necroscopia, riscontrossi distrutto dal cancro il collo dell' utero e perforata la parete anteriore della vagina e il basso fondo della vessica; le pareti della vagina e quelle della vessica infiltrate di suco canceroso, che da esse fluiva mediante la pressione, in forma di tanti piccoli vermi. Il fegato, che avea conservato il suo volume naturale, presentava alla sua superficie quell' aspetto che esso viscere assume per delle masse cancerose contenute nella sua sostanza, le quali per una fluttuazione insolita esistente nella maggior parte di esse ne avrebbero imposto per ascessi, se la incisione praticata su questi tumori non avesse dato esito ad un liquido che sebbene di una densità e consistenza di pus, ritenea però il vero aspetto del suco canceroso o della materia encefaloide. La maggior parte delle cisti erano traversate da delle specie di colonne costituite da vasi di diverse dimensioni, sostenuti per mezzo di un tessuto fibroso; di una consistenza fibrosa, esse offrivano una disposizione areolare sulla loro interna superficie, mentre per la loro superficie esterna aderivano intimamente al tessuto del fegato, le di cui adiacenti granulazioni mostravansi atrofizzate. Che se un qualche dubbio fosse in me rimasto sulla natura cancerosa del liquido che in esse cisti contenevasi,

(*) Potei frequentemente osservare alla Salpêtrière, queste lussazioni consecutive delle articolazioni metacarpo-falangiche. In esse la prima falange mostrasi flessa ad angolo retto sul primo osso del metacarpo, la di cui estremità inferiore è prominentissima; la superficie articolare della prima falange corrisponde alla faccia anteriore del metacarpo. Le superficj articolari sono spogliate di cartilagine, rugose e deformi. I tendini degli estensori delle dita sono spesso spostati e situati tra le articolazioni metacarpo-falangiche. Però in nessuno di questi casi mi si offersero le concrezioni di urato e di fosfato di calce, che sembranmi caratteristiche delle malattie gottose.

sarebbesi questo, in breve, dissipato per la presenza delle masse o tubercoli cancerosi, che offrivano tutti i gradi di tal speciale degenerazione, avendosene molti che presentavano i caratteri ordinari delle masse cancerose del fegato, cioè: un tessuto spungioso, areolare, alla maniera di un tessuto erettile ripieno di suco canceroso; altri contenenti in mezzo a detto tessuto areolare delle granulazioni epatiche, gialle, alterate, atrofizzate; alcuni finalmente nei quali il nominato tessuto presentava le sue maglie assai più rare, ed era infiltrato di suco canceroso.

L' osso frontale presentava anteriormente e a sinistra, in prossimità della fossa temporale, una perdita di sostanza circolare a bordi rugosi, riempita da una massa cancerosa rotonda, aderente alla dura-madre non alterata nel suo tessuto, e la di cui circonferenza venia ricevuta tra le due lamine compatte dell' osso.

MALATTIE DELLE VENE.

Tumori erettili occupanti la mano e l'anti-braccio.

(Tavole I. e II.)

Il sig. Professore Rostan favorivami il pezzo rappresentato dalle tav. I e II, raccolto allo Spedale della Salpêtrière, vasto teatro d' ogni maniera di lesione organica. Ne incresce frattanto il trovarci privi di qualunque notizia sul fatto che lo riguarda, e l' ignorare interamente, se l' alterazione fosse congenita o posteriore alla nascita, e in questa ultima ipotesi, a quale epoca fossesi essa manifestata, e a qual causa riportar si dovesse.

La tav. I rappresenta la faccia anteriore del cubito, dell' anti-braccio e della mano.

Vi si veggono i tumori sanguigni occupare le vicinanze del cubito, la parte inferiore dell' anti-braccio e la faccia anteriore della mano: nel primo, è unicamente la parte interna attaccata dalla malattia; nell' anti-braccio e nella mano, il bordo cubitale.

L' alterazione presentasi sotto l' aspetto di tumori sferoidi, TV, TV, bernoccoluti, turchinicci, di diverso volume, ricoperti dalla cute assottigliata ma sana, mobile e che facilmente scorreva su di essi: in alcuni soltanto essa partecipa alla alterazione, ed allora questi tumori mostransi bernoccoluti alla maniera del frutto del gelso, di cui ritenevano anche il colore.

L' incisione di uno fra quei tumori TVA situati in prossimità del cubito, lascia scorgere la struttura cavernosa

di esso, e nel suo centro sparse, in più e diversi punti, molte fleboliti, che offrono l' aspetto di granulazioni miliari, di un bianco-giallastro.

La tavola II rappresenta, fig. 1, la faccia dorsale della mano dell' istesso soggetto, sulla quale i tumori in discorso sono, in generale, più piccoli e più regolarmente sferoidali. Le dita, viste da questo lato, sono anche più deformi di quello che si mostrino riguardate dalla faccia palmare.

La figura 2, che rappresenta la faccia palmare della stessa mano dissecata, dimostra, 1.° la sede di questi tumori, non solo nel tessuto cellulare succutaneo, ma puranco nella superficie e nella sostanza dei muscoli, oltre al trovarsene molti lungo i tendini, lungo i nervi e sul periostio, al quale stavano essi applicati; 2.° la natura di questi tumori, soggetto che merita tutta la nostra attenzione. Isolati dalla cute, che scorreva su di essi colla massima facilità per l' intermedio di una sinoviale, meno in quei punti nei quali la cute era pur essa attaccata, questi tumori presentavansi sotto l' aspetto di tante piccole agglomerazioni bernoccolute e tubercolose alla maniera della fravola, libere, come gettate qua e là in mezzo al tessuto cellulare. Non erano essi formati dalle vene, poichè non costituivano punto una continuità coi grossi tronchi venosi, ma poteansi invece riguardare come un vero tessuto erettile, accidentale, un tessuto cavernoso o spungioso, che presentavasi sotto diversi stati, i quali erano a considerarsi tanti gradi diversi della stessa alterazione.

E questi diversi stati ridur potevansi: 1.° al tessuto cavernoso o erettile, nel quale il sangue è circolante come nel tessuto cavernoso della verga.

2.° Al tessuto cavernoso, contenente sangue concreto ridotto in piccoli globuli o diversamente configurato a seconda della forma delle areole o cellule nelle quali trovasi contenuto.

3.° A dei globuli ossiformi offleboliti giallastre, di diverse

dimensioni, trovandosene del volume di un grano di miglio fino a quello di un grosso pisello, e presentanti tutte le varietà di forma e di aspetto di quelle fleboliti tanto comuni nelle varici emorroidali, vessicali ed ovariche.

Le fleboliti miliari risiedevano entro dei grumi sanguigni, mentre le fleboliti voluminose vedevansi circondate da detti grumi per la più parte scolorati, in un punto soltanto della loro superficie.

Tutte queste fleboliti schiacciate che fossero, presentavano un guscio durissimo, molto somigliante all'endocarpo di un nocciolo di ciriegia, nel quale contenevasi una sostanza argillosa.

Nel caso in discorso, non potei io però riscontrare quelle fleboliti composte, che resultano dallo agglomeramento di tre o quattro globuli legati strettamente tra loro.

Riflessioni. — È questo il primo fatto che mi ha offerto il tessuto erettile di nuova formazione presentarsi su molti punti al tempo stesso, lasciate intatte le parti intermedie, e sotto la forma di piccoli tumori sferoidali circoscritti; ed è pure un fatto da me non mai osservato lo sviluppo di fleboliti in un tessuto erettile di nuova formazione.

Poichè ordinariamente le fleboliti riscontransi nelle varici con stasi sanguigna, della safena, della vessica, delle ovaja e del retto, e giammai nel tessuto erettile naturale. Specie di sacchi da considerarsi soltanto come concrezioni calcaree, e non come ossa propriamente dette, esse non aderiscono nè per peduncolo, nè per qualunque siasi altro mezzo alle pareti delle vene, ma si sviluppano nel centro dei grumi sanguigni, che riempiono i piccoli sacchetti o cavità laterali esistenti lungo il tragitto delle vene varicose, per un meccanismo, di cui dar potriasi ragione, ammettendo, o che la materia calcare delle fleboliti s' ingeneri a spese del grumo sanguigno e in virtù di una spe-

cie di vitalità tutta inerente alla fibrina concreta, o che essa materia altro non sia che un prodotto delle pareti stesse della vena. Sul qual proposito siccome altrove nel rendermi conto della presenza del pus entro i grumi sanguigni nella flebite, io riguardava detto pus non come il prodotto del grumo sanguigno stesso, ma come segregato direttamente dalle pareti delle vene, e che per legge di capillarità veniva portato nel centro del grumo a misura che segregavasi; così io inclinerei per l' ultimo dei due suaccennati supposti, ammettendo cioè che la materia calcare delle fleboliti venga ingenerata dalle pareti delle vene; opinione se non bastantemente provata, almeno assai verosimile, e tanto più, ove per poco si rifletta che se i grumi sanguigni delle vene varicose atti fossero a produrre delle concrezioni calcaree, perchè non rinverrebbersi esse pure nei grumi sanguigni degli aneurismi?

MALATTIE DELL' UTERO.

Cancro.

(Tavola III.)

Situato nelle circostanze le più favorevoli alla osservazione del cancro dell'utero giunto a'suoi ultimi periodi, io mi proposi di pubblicare successivamente su questa lesione una serie di figure, le quali offrissero le principali varietà di forma e di sede di che essa è suscettibile; stimandomi nel tempo stesso sufficientemente soddisfatto, se lo studio profondo di questa lesione considerata in se stessa, poteami condurre a determinarne il trattamento curativo.

E primieramente quante cose non sono a dirsi sul cancro dell' utero relativamente alla età e alle molteplici e diverse condizioni nelle quali si manifesta! Il periodo della vita che più predilige questa malattia vien compreso dai 35 ai 50 anni, abbenchè la pratica non abbia mancato di presentarmi, da un lato, l' esempio di una giovine, di vita disordinata, la quale soccombè al cancro uterino all'età di 26 anni, e d'altra parte, numerosi casi di individui di 60, 70, 80 e anche 83 anni, vittime di tal genere di malattia. Quanto poi alle circostanze efficienti il morbo in discorso, onde classarle nel modo il più sicuro, invano andai cercando tra gli antecedenti della vita degli ammalati; che cancro riscontrossi tanto nella vita la più irreprensibile come nella più dissoluta, nella sterilità come nella fecondità, nelle gravidanze e nei parti i più felici come nei più disgraziati, nell' allattamento come nell' assenza di esso, nella mestruazione la più regolare come nella più irregolare, nell' aborto come nella gravidanza a termine, in una vita

attiva, laboriosa, come nella più inerte, nella disposizione ereditaria, nel temperamento, nelle scrofole, nella sifilide, nei fiori bianchi, nei polipi, nei tumori fibrosi: nè alcuna circostanza apprezzabile potei mettere in essere la quale esercitasse una speciale influenza sullo sviluppo del cancro dell' utero. Però sono io d'avviso che di sommo interesse riescir potrebbero dei quadri statistici, i quali ne offrissero un esatto rendiconto delle diverse condizioni nelle quali manifestasi questa malattia.

E qui avvertirò che quanto io credo poco utile, se non la stimo nociva, la statistica applicata a cose indeterminate e però non suscettibili di esser considerate come unità di un istesso ordine, altrettanto proficua la ritengo, ove ella venga applicata a degli oggetti di natura bastantemente determinabile.

Cancro dell' utero esteso alla parete anteriore della vagina, al basso fondo della vessica ed al canale dell'uretra.—Vene uterine vessicali e vaginali, plessi uterini e vessicali ripieni di pus.—Tumore encefaloide nel cervello, causa efficiente i moti convulsivi e la emiplegia, sopraggiunti negli ultimi periodi del male (*).

Mostrasi patentemente in questo caso, che il suco canceroso o materia encefaloide vien separato nelle vene, e che in questi vasi risiede l' elemento anatomico primitivo e essenzialmente affetto nel cancro dell' utero. Di più, esso ci offre luminoso esempio della coincidenza del tumore canceroso del cervello col cancro dell' utero.

La Grosset, di 49 anni, vien trasferita, il 28 ottobre del 1835, nella sala S. Giacomo N.° 25. Fino da dieci mesi, era essa tormentata da flusso continuo, sieroso, rossastro e fetidissimo, che era stato preceduto da molte e abbon-

(*) Osservazione raccolta dal Sig. Diday, Interno addetto alla mia clinica nell'anno 1835.

danti metrorragie, la prima delle quali rimontava a due anni addietro. Affetta, fino dalla infanzia, da una deviazione della colonna vertebrale, avea essa avuto cinque figli, e naturali ne erano stati i parti.

Al suo ingresso nella infermeria, non accusava altro male che un dolore ai reni. Esploratala per la vagina, potei constatare che la parete anteriore di questo canale era indurita in tutta la sua estensione, rugosa, resa scabra per delle vegetazioni, e come immedesimata col collo dell' utero, mentre la parete posteriore mostravasi alterata soltanto nella sua porzione la più prossima al collo uterino.

Fu intanto questa ammalata sottoposta al trattamento ordinario delle malattie cancerose, trattamento puramente sintomatico e palliativo, limitandosi ai bagni, ai cataplasmi, ai calmanti, ai clisteri, esclusa la dieta severa, che la pratica mostrommi non esser proficua in questa sorta di mali.

Il 30 ottobre, a 11 ore del mattino, la Grosset vien sorpresa da scosse convulsive negli arti superiore e inferiore del lato destro, perduranti un quarto d' ora e rinnovantisi, trascorso un eguale spazio di tempo; una specie di *aura* o di senso di stupidimento alla mano destra avvertiva l' ammalata dello irromper dell' accesso, durante il quale, mostrava essa la faccia accesa, la cute bagnata di sudore, il polso pieno, vibrato, ma naturale per la frequenza; integra rimaneasi la intelligenza, e abbenchè colla parola interrotta, essa però rendea esatto conto delle sue sensazioni. Un attacco simile sembra avessela afflitta all' Hôtel-Dieu, tre settimane avanti; però essa non rammentavasi essere andata mai soggetta a mal di capo, e solo, fino da un anno, diceva, averla molestata un leggiero tremore negli arti superiori, e specialmente nel braccio destro, ciò che aveala costretta a rinunziare al suo mestiero di cucitrice. Le si prescrive: pozione con etere; — salasso di sedici once.

Gli attacchi si fan di più corta durata, ma più frequenti; il senso di stanchezza divien marcatissimo. (L'Interno di guardia prescrive una pozione con 3 grani d'oppio in 4 once di veicolo, da darsi a cucchiarate ogni mezz' ora.) L' ammalata è presa da profondo sonno. Diminuiscono le contrazioni spasmodiche e quindi cessano affatto, prima nella gamba, poi nel braccio.

Il 31 ottobre, i movimenti di tutto il lato destro del corpo si fan più lenti e meno determinati del consueto, mentre quelli comunicati riescon dolorosissimi.

Il 1.° novembre, la mano destra non è più atta a sostenere i corpi: l' ammalata non può passeggiare se non che sorretta; pure il braccio e la gamba mantengonsi tuttora suscettibili di molti movimenti.

Il 5 novembre: tremori o piuttosto movimenti spasmodici dal lato destro, susseguiti da notabile diminuzione nella facoltà motrice.

Il 16, si ripetono i tremori cui tien dietro la emiplegia.

Il 17, perdita completa degli arti superiore e inferiore del lato destro, su cui non ha più alcuna influenza la volontà; solo resta una ottusa sensibilità, in special modo, al braccio; turbata si fa la intelligenza; l' ammalata risponde alle interrogazioni che le si dirigono, o le sue risposte sono incoerenti; agitazione; polso naturale. (Compresse d' acqua fredda sulla fronte.)

Il 18, ritorno della intelligenza; l' ammalata calma e tranquilla si ricorda di aver delirato nel giorno avanti.

La emiplegia è quasi completa con flaccidità delle membra; eseguibili sono sempre dei leggieri movimenti colle dita; libere la parola e la deglutizione, non meno che la sensibilità e la percezione; niuna emiplegia faciale; orine e scariche ventrali involontarie fino dal giorno avanti.

Il 23 novembre, frequenti contrazioni assalgono le

membra paralizzate; mantiensi involontaria la emissione delle orine e delle materie fecali; torna nuovamente e con molta intensità a molestar l'ammalata la diarrea, di cui avea ella sofferto fino da lungo tempo e a diverse riprese; al flusso sieroso dell'utero succedono delle perdite di sangue, e quindi un deperimento rapido susseguito dalla morte, gli 8 dicembre.

Necroscopia. — Cervello. Nella parte media dell'emisfero sinistro ed in prossimità della linea mediana scorgevasi una porzione di superficie di un tumore risiedente nella sostanza del cervello e aderente alla pia madre: la sostanza cerebrale circumambiente vedevasi aver subìto, per quasi tutta la estensione del centro midollare di questo emisfero, un rammollimento bianco omogeneo per il colore e per la consistenza, e che io non potrei meglio assomigliare che al colore, ed alla consistenza *del bianco mangiare.* Il resto dell'encefalo e della midolla spinale mostravasi nel più perfetto stato d'integrità.

Di natura encefaloide il nominato tumore sembravami essersi sviluppato a spese della sostanza cerebrale colla quale continuavasi, senza che alcuna ciste stesse a stabilirne la più piccola linea di demarcazione. Quindi la sua aderenza alla pia madre potea del pari indurne a credere che esso fossesi ingenerato a spese di questa membrana per prender sede poi nella sostanza cerebrale; molle, ma di una mollezza molto superiore a quella della circumstante sostanza midollare rammollita, presentava nella sua sezione dei numerosi vasi e prolungamenti fibrosi, e nel suo centro, un piccolo fuocolare sanguigno.

Organi genito-orinari. — Sezionati, per una linea mediana, l'utero, la vagina, la vessica e il retto, potemmo osservare (tav. III. fig. 3) che l'utero, la vagina, la vessica e il canale dell'uretra erano sede di considerevole alterazione; che il collo dell'utero avea subìto quel genere d'alterazione distinto col nome di cancro poltaceo; che

la quasi totalità di esso era stata distrutta da un processo di erosione o di ulcerazione cancerosa; che a'suoi limiti, il tessuto del viscere presentava una disposizione areolare, e che le maglie di queste areole erano ripiene di suco canceroso poltacco, il quale ottenevasi per espressione in forma di vermicelli. Quindi il corpo dell' utero mostravasi patentemente ipertrofizzato, e dalle parti sane passavasi in esso, per dei gradi insensibili, alla più considerevole alterazione. Ciò chiaro mostrava che quel che cadea sotto gli occhi altro non era che una sola malattia a gradazioni diverse, e che nel primo grado aveasi l' infiltramento del tessuto di una materia cancerosa, la quale poco abbondante in principio, lasciava sempre scorgere il tessuto del viscere, e divenuta grado a grado più abbondante, giungeva poi a snaturarlo completameute e a trasformarlo in una massa omogenea, polposa, suscettibile di esser distrutta strato per strato, cadendo in un disfacimento cangrenoso.

La trasformazione in tessuto areolare e poltaceo estendevasi al segmento più superiore della vagina difficilmente distinguibile dal collo dell' utero al basso fondo della vessica, a tutta la parete anteriore della vagina CV, ed al canale dell' uretra, che mostravasi come scavato entro la grossezza di detta parete CV, CV. Da tutte queste parti alterate ottenevasi per espressione una materia di una consistenza d' assungia e sotto forma vermicolare.

Il retto, che aderiva intimamente al collo dell' utero ammalato, presentava la degenerazione in discorso, soltanto nelle sue tuniche esterne, mentre la membrana muccosa mostravasi perfettamente sana corrispondentemente al collo dell' utero. Nel resto però questo intestino come il rimanente tratto dei grossi intestini, presentavano sparse in più punti diverse ulcerazioni U,U.

All' ano poi riscontravansi delle vegetazioni VG consistenti in delle specie di ripiegature della membrana muccosa, congiuntamente a delle varici emorroidali E,E con-

sistenti in dei grumi sanguigni entro delle cisti formate dalle vene dilatate. La più grossa delle quali E, presentava una flebolite nel centro di un grumo sanguigno.

Riflessioni. — Propongomi con queste riflessioni di considerare il fatto qui sopra enunciato e sotto il punto di vista clinico, e sotto quello anatomico.

(A) Sotto il punto di vista clinico, è da osservarsi, come una ammalata attaccata da cancro uterino a un periodo avanzatissimo, soffrisse di scosse convulsive ripetute nella metà del corpo con diminuzione progressiva del moto. Quali accidenti, appartenendo non ad un attacco di apoplessia, ma ad una alterazione del cervello consecutiva alla presenza di un tumore, portavanmi a credere: che in seguito al cancro dell' utero, fossesi sviluppato nel cervello un tumore encefaloide, il quale senza essersi manifestato per alcun particolar sintoma, veniva solo a rivelar la sua presenza per un processo morboso di rammollimento nella sostanza cerebrale circumstante.

Di fatto in questo caso, come in molti altri dell'istesso genere, la istoria della malattia prova, che gli sconcerti cerebrali tenevano, non alla presenza del piccolo tumore encefaloide, il quale rimontar deve ad un' epoca molto anteriore, ma bensì ad un processo morboso sviluppato attorno di esso, processo morboso che, secondo dimostrano i numerosi casi offerti dalla pratica osservazione, consiste unicamente in un rammollimento, o piuttosto infiltramento sieroso, nel quale la sostanza cerebrale, persa la sua struttura lineare, convertesi in una sostanza gelatinosa, analoga pel colore e per la consistenza *al bianco mangiare*. Questo modo di rammollimento che ordinariamente nasce e procede con un andamento subacuto, costituisce il termine più frequente delle malattie organiche del cervello: dei tumori, cioè, delle cisti, degli ascessi contenuti in ciste. Esso annunziasi sempre in un modo egua-

le, cioè per delle scosse convulsive, che simulano talvolta gli attacchi epilettici con lesione o senza delle facoltà intellettuali, ed a cui tien dietro un graduato indebolimento nel moto e nel senso. E anzi può dirsi, che questa degenerazione organica non incomincia se non che al comparire della paralisi del senso e del moto, potendo tenere le scosse convulsive epilettiformi non susseguite da paralisi, unicamente alla presenza di tumori nel cranio, senza alcun rammollimento del cervello.

In quanto poi ai rapporti esistenti tra il tumore encefaloide del cervello ed il cancro dell' utero, ove si domandi se il primo fosse da riguardarsi come direttamente legato col secondo, una tal questione risolvesi tosto colla affermativa se per poco si pensi alla funesta tendenza delle malattie cancerose ad infettare tutta la economia partendosi come da un centro dal punto primitivamente attaccato; ciò che costituisce il carattere proprio delle affezioni cancerose dell'utero, poichè la infezione generale è molto rara negli altri cancri, e segnatamente poi nel cancro della mammella.

(B) Sotto il punto di vista anatomico-patologico è da osservarsi: che colla stessa facilità che il collo dell'utero è al cancro soggetta la vagina, e di essa la parete anteriore più frequentemente della posteriore, tanto che raramente osservasi non aver partecipato il basso fondo della vessica di quasi tutta la estensione del male. La fig. 3 ne dimostra un tipo di cancro poltaceo ed areolare. In essa trovasi la più perfetta identità colla figura rappresentante, in uno dei passati fascicoli, la sezione delle ossa del cranio cancerose. Ed è un fatto bastantemente constatato, che ove si sottoponga un sottil frammento di tessuto canceroso all' azione di un getto d' acqua, sbarazzandolo così dalla densa materia che la infiltra, hassi per residuo una specie di criblo che è sempre dell' istesso aspetto e dell' istessa natura, qualunque sia stato l' organo, a cui ap-

parteneva il frammento esaminato, tanto che potrà riconoscersi il tessuto proprio dell' organo, unicamente ai limiti della alterazione ed in quei punti i quali cominciano a infiltrarsi di suco canceroso.

Ma cosa mai sono quelle areole o cellule nelle quali vedesi contenuto il nominato suco canceroso? non altro che le areole o cellule venose dell' organo, divenuto sede dell' alterazione in discorso: poichè il suco canceroso depositasi e vien separato nei capillari venosi, i quali costituendo una rete inestricabile, un vero tessuto cavernoso, distendonsi e trasformansi in tante cellule, nell' intervallo delle quali il tessuto proprio dell'organo compresso si atrofizza, a segno tale che riducesi l' intiero organo in tante cellule ripiene del suco canceroso, che così trasformato, subisce poi la mortificazione, sia al tempo stesso in tutta la porzione alterata, sia in un modo successivo, cominciando allora dallo strato il più superficiale.

Di sì importante fatto ne mostrano manifesto esempio le figg. 1 e 2 tav. III.

Esse rappresentano l' utero e la vessica viste esternamente e dissecate colla maggiore attenzione (*): vi si veggono tutte le vene che circondano il collo dell' utero e il basso fondo della vessica VV, VU, distese da del suco canceroso, la di cui consistenza e colore mantenevansi assolutamente gli stessi che nelle vene capillari osservate sulla sezione spettante alla fig. 3.

E che fossero vene bastantemente mostravalo oltre la loro disposizione, che differisce essenzialmente da quella delle arterie e da quella dei vasi linfatici, l' averle io seguite fino al punto in che esse continuavansi colle vene sane, e lo avere riscontrato, in detti punti, dei grumi ot-

(*) Questa dissezione riesce sommamente difficile a cagione della spessezza del tessuto cellulare circumstante alle vene tanto distese dalla materia cancerosa, e per la fragilità e sottigliezza delle pareti venose. Avvertiremo però che un principio di essiccazione fa divenire sommamente prominenti le vene ingorgate dal suco canceroso.

turatori (figg. 1 e 2), i quali isolavano completamente dal resto del sistema venoso quella sezione di esso ripiena della materia cancerosa.

D' altra parte, uopo era il provare che le areole delle cellule dell' utero, della vagina, della vessica, del canale dell' uretra altro non fossero che delle cellule venose; ciò che io pure mettea fuor di dubbio, dimostrando esistere una comunicazione tra queste cellule e le vene libere per mezzo della pressione esterna, la quale facea, al tempo stesso, fluir suco canceroso e dalla superficie areolare della sezione e dalle vene libere, sgombrati prima i grumi sanguigni, i quali stavano a circoscrivere perfettamente ed in tutti i punti il suco canceroso.

E questi argomenti di fatto stanno come prove irrecusabili, che la sede del cancro è nel sistema capillare venoso. —

Fascicolo 46.

MALATTIE DELL' UTERO.

Tumori fibrosi. — Polipi. — Cancro. —. Cangrena.

(Tavole I. e II.)

Noi già destinammo quattro tavole alla istoria dei polipi e dei tumori fibrosi dell'utero: la tav. II. del fascicolo 21 Vol. II. pag. 11, ci offerse un esempio di considerevole produzione fibrosa, avente sede nel fondo dell'utero, e la quale, senza avere arrecato alcuno ostacolo nè alla gravidanza nè al parto, potea aver però influito sulla malattia puerperale a cui la donna soccombè, qualche giorno dopo il parto.

La tav. III. dell' istesso fascicolo ne presentò un esempio di polipo occupante nella sua totalità la cavità uterina uniformemente dilatata e sul punto di sorpassare il muso di tinca. Il qual polipo mostrava patentemente esser costituito da un prolungamento peduncolato del tessuto proprio dell' utero.

La tav. I del fasc. 25 (V. II. pag. 113) ne offerse un caso assai rimarchevole di tumore fibroso e di ciste uterina coincidenti con un rovesciamento di vagina in guisa tale che il tumore e la ciste essendo rimasti al di sopra dello stretto superiore in forza del loro volume, il collo dell'utero avea subìto straordinario allungamento.

Finalmente nella tav. III dell'istesso fascicolo ci si addimostra l'esempio di due produzioni fibrose, di cui una dava all'utero il volume che suol presentare questo viscere

al terzo mese di gravidanza, l'altra, quello proprio di gravidanza a termine.

In questi due casi, il corpo fibroso erasi sviluppato in prossimità della muccosa uterina, della quale avea esso sollevato il sottile strato che lo separava dalla cavità dell'utero, per formarsene una specie di guscio, mentre l'utero sviluppato modellavasi esattamente sulla sferoide rappresentata dal corpo fibroso. Noi osservammo pure nel caso rappresentato dalla fig. 2 dell'istesso fascicolo, che ai validi sforzi impiegati dalla donna a espellere il corpo estraneo, avean succeduto ripetute emorragie, l'ultima delle quali riescita era mortale.

Il caso seguente ci somministra l'esempio di un corpo fibroso prominente nella cavità della vagina, alla maniera di un polipo che avrebbe sorpassato il collo dell'utero. Questo fatto darà motivo a delle riflessioni che sussegoiranno alla spiegazione delle figure.

Spiegazione delle figure della tavola I.

L'utero e le sue appendici rappresentate dalla tav. I, appartenevano a una donna della Salpêtrière, in età di 78 anni, morta di malattia del tutto estranea alla lesione di questi organi. E fu unicamente per caso che nella consecutiva necroscopia, portando io la mano nella cavità della pelvi, riconobbi un tumore occupante la vagina. Inoltre potei col tatto constatare la presenza di un polipo, che poi io resi sotto diversi aspetti, colle fig. 1, 2 e 3.

La fig. 1. ci mostra la vagina aperta dalla sua parete posteriore. Veggonsi i due terzi superiori di questa cavità riempiti da un tumore ovoide PP, non peduncolato, prolungantesi nella spessezza del collo dell'utero.

Il corpo dell'utero egualmente aperto per la sua parete posteriore, offriva nella sua cavità una quantità considerevole di mucco nerastro. Il suo tessuto era flessibile, ipertrofizzato, d'apparenza muscolare come nella gravidanza. Un tu-

more fibroso TF vedeasi sviluppato nella spessezza del fondo di quest'organo, da cui lasciavasi facilmente distaccare per enucleazione: la compattezza, il color bianco, la disposizione lobulare di questa produzione contrastavano notabilmente colla mollezza, col color rosso e colla apparenza muscolare del tessuto circumstante.

L'ovajo sinistro era trasformato in una ciste fibrosa CC, a pareti estremamente grosse e lamellate, presentante sulla sua superficie interna un color scuro-giallastro, come negli antichi fuocolari apoplettici, e contenente una materia di apparenza micacea, che altro non era che colesterina.

Restava a studiare il polipo. Esso non poteva nascere che da uno dei labbri del muso di tinca. Infatti esaminando accuratamente la faccia posteriore del polipo PP (fig. 1), riconobbi che la sua parte superiore veniva ricoperta da una specie di valvula sottile, esattamente limitata da un bordo leggermente sinuoso; questa valvula altro non era che il labbro posteriore del muso di tinca, assottigliato, allungato, sollevato dal polipo, al quale esso aderiva per tutta la sua estensione. Questa disposizione faceasi quindi bastantemente manifesta per la introduzione di uno specillo diretto da alto in basso nella cavità dell'utero verso la vagina, il quale dopo aver sollevato la nominata valvula nel punto OU, incontrò negli altri punti OUA, tale aderenza che esso non potè sormontare.

La fig. 2 rappresenta il polipo PA visto anteriormente; quindi la valvula formata dal labbro anteriore del muso di tinca MT la quale è molto più allungata di quella costituita dal labbro posteriore: essa è d'altronde aderente al tumore in tutta la sua estensione e terminasi in un bordo dentellato e sottilissimo.

La sezione rappresentata dalla fig. 3 dimostra, che questo polipo altro non era che un corpo fibroso, sviluppato nella spessezza del collo dell'utero, al di sotto lo strato il più interno, che avea questo corpo sollevato in guisa da for-

marsene una specie di guscio, e che quindi erasi fatto strada fino nella cavità della vagina, traverso il muso di tinca, di cui avea esso diviso, disteso ed assottigliato le labbra.

Riflessioni. — Vi han dei polipi duri che consistono in una ipertrofia del tessuto dell'utero, come era quello offertoci dal caso rappresentato dalla tav. III del fascicolo 21; ve ne hanno poi i quali altro non sono che corpi fibrosi sviluppati sotto la muccosa uterina o in prossimità di essa, e questi subiscono il loro aumento dal lato della cavità uterina, e ora restano imprigionati in questa cavità, ora sorpassano il muso di tinca e si introducono nella vagina.

Frattanto resulta da ripetuti fatti, che quei corpi fibrosi al di sotto la muccosa, i quali sviluppansi nella sostanza del corpo dell'utero, giammai tendono a impegnarsi nella vagina; subiscono in principio il loro aumento nella cavità del corpo dell'utero, il quale concepisce, presso il suo collo, lo stesso sviluppo proprio della gravidanza; ed in forza dell'enorme volume che in un gran numero di casi essi tumori acquistano, fisicamente impossibile ne riesce la loro espulsione.

Havvi però il caso in cui possibil si rende la espulsione dei corpi fibrosi di grosso volume nascenti dal corpo dell'utero o in prossimità della muccosa, e questo si è quando il sottile strato che forma il guscio del tumore dal lato della cavità uterina, diviene la sede di un processo inflammatorio, il quale mentre porta al consumo del menzionato guscio, induce ancora il rammollimento del tumore che vien così a dividersi, in modo tale che i suoi frammenti dissociati ma non completamente separati, ponno parzialmente impegnarsi nell'orifizio vaginale del collo uterino: allora l'arte interviene con non dubbio successo, e con delle pinzette a quattro branche giunger si può a impossessarsi dei frammenti, mano a mano che si presentano, e quindi in forza di ben misurate e metodiche trazioni sbarazzar l'utero dal corpo estraneo, che suscettibile di allungamento prestasi facilmente al passaggio traverso il bacino.

Finalmente i corpi fibrosi sottostanti alla muccosa, che han sede non nel corpo ma nel collo dell'utero, ritengono marcata proclività a impegnarsi nel muso di tinca, che offre loro meno resistenza che la cavità del corpo di questo viscere.

Ora, il diagnosticare a priori la natura di un polipo duro e il determinare se esso appartenga alla classe dei polipi per ipertrofia del tessuto uterino, o a quello dei corpi fibrosi, costituisce una questione su cui non saprei io pronunciarmi in un modo positivo, reputando questa distinzione assai difficile nello stato attuale della scienza, perchè ambedue queste specie di polipi ritengon l'istessa forma, l'istesso aspetto, l'istessa consistenza. Avea io però diagnosticato, previo accurato esame, la natura del polipo rappresentato dalla tav. I fondandomi, in special modo, sulla qualità del colore, che nella maggior parte della sua superficie, riscontravasi della bianchezza propria del corpo fibroso.

Ma questa bianchezza è ella da ritenersi il solo carattere distintivo dei corpi fibrosi, o come tale dee pure riguardarsi la disposizione valvulare delle labbra del muso di tinca? Nuovi fatti ne abbisognano ancora per rispondere a simil quesito, tanto più importante in quanto che alla sua soluzione si riportano dei punti interessantissimi rapporto al metodo di cura, dir voglio della legatura o sezione del peduncolo, la quale, nelle nozioni che attualmente si hanno su tal punto di chirurgica patologia dovriasi unicamente applicare ai polipi per ipertrofia, mentre l'operazione per i corpi fibrosi limiterebbesi unicamente *ad una enucleazione completa o incompleta.* E la enucleazione completa non in altro consister dovrebbe che in una incisione verticale sulla parte anteriore del tumore; la enucleazione incompleta, in una incisione circolare in prossimità del peduncolo, dopo di che lacererebbesi il tessuto cellulare che unisce il corpo fibroso al suo guscio e procederebbesi allora alla asportazione del corpo medesimo; processi operativi i più somiglianti a quelli im-

piegati dalla natura stessa, la quale appunto onde sbarazzarsi dei corpi fibrosi uterini mette in opra una specie di enucleazione. Però nell'applicazione dei nominati compensi *consigliati dall'arte chirurgica*, due circostanze importanti sono a notarsi; la prima si è, che il guscio fibroso al di sotto la muccosa è generalmente molto più grosso corrispondentemente al peduncolo, che presso la sua estremità libera; secondariamente (e ciò è di speciale importanza per il processo di enucleazione) che l'aderenza del nominato guscio è molto più considerevole in prossimità della estremità libera, di quello che presso la estremità aderente del peduncolo stesso.

Soggetto degno di considerazione offertoci dal già narrato caso, si è quello che risguarda l'aderenza tra le labbra del muso di tinca ed il tumore, aderenza che io non so se mai sia stata osservata, imperocchè non trovai ancora chi ne abbia fatto menzione. Vero si è che tanto la superficie dei polipi per ipertrofia come quella del guscio che serve di inviluppo ai corpi fibrosi, ponno divenir sede di una infiammazione adesiva, poichè tanto nell'uno che nell'altro caso la superficie dei polipi è una superficie muccosa; ed io ho udito parlare di polipi fattisi aderenti alle pareti della vagina, disposizione di parti che avea portato a grande oscurità nel diagnostico, e che avea fatto credere alla esistenza di polipi a più peduncoli. Di fronte a ciò resta però sempre un fatto incontrastabile, che rarissime a riscontrarsi sono le aderenze tra muccosa e muccosa, e che grandi modificazioni avvenir deggiono nella struttura e nella vitalità di queste membrane perchè la infiammazione adesiva possa manifestarvisi. Nel nostro caso è poi da osservarsi come l'aderenza del muso di tinca alla superficie del tumore abbia avuto per resultato il trattenimento di una quantità di mucco nella cavità uterina; ristagno muccoso frequentissimo a osservarsi alla Salpêtrière nelle donne di avanzata età, indipendentemente, da qualunque altra malattia e solo

per dato e fatto della adesione tra loro delle pareti del collo dell'utero, la quale può effettuarsi, sia all'orifizio di comunicazione tra il corpo ed il collo dell'utero, sia all'orifizio di comunicazione tra il collo e la vagina, sia in tutta la lunghezza del collo. Questa adesione delle pareti del collo tiene, spesse volte, alla presenza di un corpo fibroso nella spessezza delle pareti del viscere, nel qual caso, la ritensione del mucco va unita ad un proporzionale sviluppo con rammollimento e flaccidità del tessuto dell'utero; ed ove questa secrezione muccosa sia abbondantissima, e tanto più se ad essa aggiungasi una esalazione sanguigna, allora straordinario può farsi il volume del viscere, e trasformarsi questo in una ciste, la di cui ampiezza eguagli quella dell'utero al terzo mese di gravidanza. Quando l'adesione delle pareti ha luogo all'orifizio di comunicazione tra il corpo e la cavità del collo, in tal caso il solo corpo dell'utero è dilatato e contrasta, per la sua mollezza e pel suo colore, colla durezza cartilaginea e la bianchezza del collo; quando poi l'occlusione esiste all'orifizio del muso di tinca, allora tutto quanto l'utero partecipa alla dilatazione. Finalmente, il mucco intrattenuto entro la cavità del viscere, osservasi quasi costantemente di un color nerastro, e di una consistenza, ora del meconio, ora di un siroppo chiaro.

Tali sono le riflessioni che suggerivami il corpo fibroso sotto forma di polipo. A queste altre ora ne aggiungerò risguardanti i corpi fibrosi in generale, e le quali arrecheranno una qualche luce in alcuno dei punti ancor poco studiati nella anatomia patologica di queste organiche produzioni.

Queste considerazioni sono relative, 1.° alla mollezza che acquistano talvolta i corpi fibrosi; 2.° ai cangiamenti di forma e di rapporto che subisce l'utero, ove siasi fatto sede di simile alterazione; 3.° ai cangiamenti di tessuto che detto viscere subisce, sien questi la ipertrofia, o l'atrofia.

1.° Relativamente al rammollimento dei corpi fibrosi, io altrove annunziai, come talora si impossessi di essi l'in-

filtramento sieroso, pel quale vengano a dissociarsi le masse globulose che col loro aggruppamento, vanno a costituire questi corpi. Quindi i vasi circumstanti divengono più apparenti e ponno esser facilmente seguiti nella spessezza del tumore, e tanto, in qualche caso, si fan manifesti, che quasi direbbersi divenuti sede di una flebite adesiva, avvegnachè riscontrinsi distesi da sangue coagulato e aderente alle loro pareti. Talora la mollezza di questi corpi può giungere a tal grado, da simulare la fluttuazione, come chiaramente dimostra il caso che passiamo a narrare.

Il Sig. Pinault presentò alla Società anatomica un utero regolarmente sferoide, che eguagliava in volume l'utero di una donna giunta al sesto mese di gravidanza. L'orifizio del muso di tinca, del quale ultimo non aveasi più vestigio, era dilatato ed ampio quanto una moneta di 5 franchi, mostrando a traverso di sè sporgente un tumore rosso, molle, fluttuante. Questo utero aveva appartenuto a una donna che era stata creduta incinta di sei mesi, e che era morta due giorni dopo il suo ingresso nello spedale. Trattavasi di determinare la natura della lesione. Malgrado la mollezza fluttuante del tumore, opinai per la esistenza di un corpo fibroso rammollito contro l' avviso di molti de' miei colleghi, i quali sostenevano esservi fluttuazione liquida, e trattarsi perciò, o di gravidanza, o di ciste uterina. Allora introducendo il dito nell' orifizio del muso di tinca, penetrai in una cavità a pareti contigue che io disgregai, distruggendo delle leggere aderenze che fra esse pareti esistevano, e ne divisi tutta la parete anteriore, la quale mostravasi assai grossa corrispondentemente al corpo dell'utero, e sottilissima nel suo collo. Invitato a praticare una puntura sulla parte la più fluttuante del tumore, non si ebbe da essa, con gran sorpresa degli assistenti, alcun flusso di liquido; fatto che stava a viepiù avvalorare il mio primo supposto, che non tardò a divenir certezza, quando cioè, incisa con molta precauzione la cavità uterina, scorsi

al di sotto la muccosa raddoppiata in grossezza per un sottile strato di tessuto dell' utero, un tumore che io potei agevolmente asportare per enucleazione; questo tumore resultava da masse globulose di differenti dimensioni, delle quali molte piccolissime, unite tra loro per un tessuto cellulare assai rado ed infiltrato e contenente un gran numero di vasi.

Può, in questo caso, riguardarsi il rammollimento come un processo preparatorio alla eliminazione delle descritte masse globulari, eliminazione che affatto impossibile riescirebbe, se il tumore presentassesi in massa, e non punto in frammenti, i quali, non ha dubbio, ponno sortire isolatamente ed anche servire alla alterazione successiva dei frammenti più profondamente situati.

2.° Quanto poi alla forma che affetta l' utero una volta divenuto sede di sviluppo di un corpo fibroso, essa diviene delle più bizzarre, quando più di un corpo fibroso trovasi disseminato nella spessezza del tessuto proprio del viscere; ma ove l' utero divenga sede di sviluppo di un sol corpo fibroso, allora esso assume una forma sferoidale, esattamente simile a quella propria della gravidanza, come chiaramente ci venne offerto dai due esempi contenuti nella tav. III. del fasc. 25. Uopo è però, che in questi casi, il corpo fibroso sia sempre negli stessi rapporti respettivamente all' utero; infatti quando esso abbia sua sede in prossimità della muccosa, sviluppasi allora dal lato della cavità del viscere, il quale pure si sviluppa con quello andamento proprio della gravidanza, e assolutamente come se il corpo estraneo occupasse la sua cavità piuttosto che la grossezza delle sue pareti; mentre che se il corpo fibroso è situato nella spessezza delle pareti dell' utero ad una certa distanza dalla muccosa, o in prossimità del peritoneo, allora lo sviluppo dell' utero limitandosi agli strati superficiali, cioè, a quegli strati intermedj al corpo fibroso ed al peritoneo, l' utero stesso si fa più o meno deforme venendo spinto verso

un lato o verso l'altro del tumore; quindi le inserzioni delle tube esse pure si spostano e non è raro il riscontrare una delle trombe a destra e in basso, e l'altra a sinistra e in alto: il tessuto uterino rammollito acquista una sorta di duttilità, e prestasi a tutte le forme immaginabili; di che ritengo numerosi esempi, nei quali l'utero notabilmente allungato formava una specie di semi-cerchio attorno al tumore. Finalmente quando il corpo fibroso risiede nella spessezza delle pareti uterine può solo farsi patente alle indagini del chirurgo, ove questi portando una tenta nel collo del viscere, vada su di essa praticando la incisione del suo tessuto.

3.° Considerando poi le modifidazioni di struttura a cui l'utero soggiace, noi le troveremo identicamente le stesse di quelle inerenti allo stato di gravidanza, tutte le volte però che il corpo estraneo stanziante in questo viscere, sia là come circostanza atta a favorire lo sviluppo nutritivo della totalità dell'organo; poichè allora i vasi arteriosi e venosi ed i linfatici acquistando considerevol calibro (vedete fig. 2, tav. III fasc. 25) le pareti uterine aumentano notabilmente nella loro spessezza, nel tempo stesso che si rammolliscono e divengono suscettibili di contrazione.

Questa ipertrofia dell' utero è generale quando il corpo fibroso dirigesi verso la cavità uterina, ed è parziale quando non osserva una tal direzione; infatti se esso occupa il fondo, questo solo si sviluppa, ed il resto modellasi su di lui; se risiede nella parete anteriore, sviluppasi la parete anteriore; se finalmente avvicina il peritoneo, tale sviluppo ha luogo nelle fibre che lo separano da questa membrana. In questo caso di ipertrofia parziale dell' utero, il rimanente dell'organo, può mantenersi nello stato naturale, avvenimento d'altronde assai raro, poichè se lo sviluppo dell' utero non effettuasi nella sua spessezza, effettuerassi nel senso della sua altezza dipendentemente dall' aumento lento o rapido del corpo fibroso, ciò che del pari costituisce una ipertrofia.

Frattanto havvi un caso, nel quale la presenza dei corpi fibrosi nell'utero diventa causa d'atrofia, e questo si è quando questi corpi fibrosi trovansi in numero considerevole; poichè allora le porzioni di tessuto uterino intermedie, compresse da questi corpi estranei cui anima una forza di sviluppo illimitata, finiscono per atrofizzarsi, dopo aver precedentemente provato il movimento di ipertrofia. Il caso seguente può esser tipo di questa esistenza muccosa dei corpi fibrosi con atrofia dell'utero e obliterazione dell' orifizio di comunicazione tra il corpo ed il collo.

Fu diretto alla Società anatomica, sotto il titolo di *malattia dell'ovaja*, un utero dei più singolari che mai fossersi presentati alla mia osservazione: trattavasi di un corpo amorfo, a superficie irregolarmente bernoccoluta, a cui vedeasi appeso un tumore osseo peduncolato. Questa massa avea più l'aspetto di alcune lesioni delle ovaja, che quello di un utero alterato.

Ma che trattassesi effettivamente di utero mettea fuori di dubbio la esistenza delle ovaja e delle trombe, le quali ci servirono di punto di partenza nell'esame di tutto il pezzo patologico. Affatto obliterato era il muso di tinca, ciò che frequentemente osservasi nei casi di produzioni fibrose dell'utero: quindi il contorno dell'orifizio rotondo del collo uterino mostravasi scabro per una quantità di granulazioni trasparenti che altro non erano che delle cisti muccose; entro il mucco vedevansi natanti dei piccoli corpi di un bianco giallastro. Dall'orifizio dell'utero partivano le colonne fibrose che vanno a formare la foglia di felce del collo di questo viscere, e fra queste colonne esistevano un numero considerevole di cisti muccose.

L'utero sembrava terminarsi a un pollice di distanza al di sopra il muso di tinca. Uno specillo a punta smussata diretto in tutti i sensi non potè fare apprezzare vestigio alcuno di cavità, e certo aveasi occlusione completa della cavità del corpo.

Il rimanente del viscere vedeasi rimpiazzato da una quantità di tumori fibrosi ed ossei, di cui i più grossi non sorpassavano il volume di una noce, ed i più piccoli erano pisiformi, disposti come in mezzo ad una trama cellulare, che altro non era se non che le fibre stesse dell' utero, tra le quali i tumori fibrosi lasciavansi asportare per enucleazione, tanto più facilmente in quanto che marcata differenza esisteva tra la mollezza della trama cellulosa e la consistenza lapidea dei tumori. Ora di mezzo a questo gruppo di tumori fibrosi che ascendevano fino quasi al numero di venti, partiva un sottile e fragil gambo che facea sostegno a un tumore di un volume altrettanto grande quanto lo era la intiera massa morbosa, e da potersi equiparare alla testa di un feto di sei mesi, ascendendo il suo peso ad una libbra e mezzo.

Questo grosso tumore era di natura fibrosa ed ossiforme: di natura fibrosa era pure lo strato superficiale, dal quale partivano dei prolungamenti, egualmente fibrosi, i quali approfondavansi nella spessezza del tumore e servivano di un mezzo d'unione alle concrezioni ossiformi che mostravansi mobili le une sulle altre e quindi articolate.

Queste concrezioni ossiformi erano giallastre; resistevano alla sega molto più che le ossa, rompendosi sotto di essa in tanti piccoli frammenti, alla maniera del granito, tanta era la loro durezza.

In alcune di esse la petrificazione erasi effettuata per tanti punti che costituivano dei tubercoli calcarei, estremamente duri e disseminati in una assai compatta sostanza fibrosa.

I più piccoli di questi tumori ossiformi contenevano altrettanta e talvolta anche più materia calcare che i tumori più voluminosi contenessero; ond' è che sembrommi ragionevole lo ammettere, che la presenza del fosfato calcare fosse quivi primitiva e non punto il resultato di una specie di degenerazione o trasformazione del tessuto fibro-

so; nè opportunità mancommi di vedere dei corpi fibrosi dell' utero rivestire, fino dai primi momenti del loro sviluppo, tutti i caratteri delle concrezioni calcaree.

Frattanto, incidendo in mezzo a tutti questi piccoli tumori, io m' imbattei come per caso in una cavità ripiena di muccosità rossastra che fummi agevole riconoscere per la cavità del corpo dell' utero. Le sue pareti mostravansi tappezzate da delle ramificazioni vascolari sottilissime, reticolate; quindi presentavano delle placche rosse, che altro non erano se non che dei gruppi vascolari reticolati, anche più piccoli dei già mentovati senza alcun versamento sanguigno. La muccosa vedevasi sollevata da molti tumori, alcuni dei quali erano ossiformi, altri fibrosi. Spungioso e vascolare era il tessuto uterino intermedio a questi tumori, e del tutto simile a quello di un utero nella gestazione, ma di cui le fibre fossero state dissecate. Questo tessuto prolungavasi nel summenzionato peduncolo fino al tumore principale. Il qual peduncolo resultante così da fibre uterine prova assai manifestamente, che il grosso tumore osseo-fibroso erasi formato, non sotto il peritoneo, ma sotto gli strati i più superficiali dell'utero, i quali, in parte erano stati respinti sui lati, in parte allungati in peduncolo, di modo tale che il tumore presentavasi come un tumore sotto peritoneale.

In quanto alle arterie uterine, esse mostravansi completamente ossificate.

Io credo possa il descritto caso ritenersi come un esempio di atrofia dell' utero; poichè, sebbene le fibre di questo viscere considerate a parte, presentassersi evidentemente ipertrofizzate, l' insieme però di esse non mi sembrava offrire la totalità delle fibre uterine.

Spiegazione delle figure della tavola II.

Cancro poltaceo.—La figura 1 rappresenta una sezione verticale diretta dall'avanti in dietro, della vessica della vagina

e dell' utero; il pezzo patologico apparteneva ad una donna, di circa 50 anni, morta alla Salpêtrière nel marasmo il più completo. L' alterazione occupava la parete anteriore della vagina, la parte la più alta della parete posteriore di questo canale e il collo dell' utero, di cui il corpo era perfettamente sano. Ben marcata era la linea di demarcazione tra la porzione alterata e la porzione sana. Nè la vessica nè il retto avean partecipato alla alterazione. Solo la vessica mostravasi ipertrofizzata e lasciavasi, mediante la dissezione, facilmente separare dalla vagina.

Cangrena dell' utero. — La fig. 2 rappresenta la sezione verticale antero-posteriore dell' utero di una donna morta alla Salpêtrière con un flusso uterino di un orribil fetore, e la quale noi abbiamo considerata come attaccata da cancro dell' utero.

Il collo era stato in parte distrutto dalla cangrena, la quale avea pure attaccato la vagina nella sua porzione superiore: gli strati del collo uterino circumposti alla parte cangrenata vedeansi macchiati di sangue. Il rimanente dell' utero era voluminoso e ipertrofizzato.

Apoplessia o emorragia spontanea con lacerazione del tessuto dell' utero. — La fig. 3 rappresenta una alterazione frequentissima nelle vecchie donne della Salpêtrière. La quale consiste in una apoplessia del tessuto dell' utero che mostrasi rammollito, lacerato, infiltrato di sangue raccolto in tanti fuocolari isolati. Questa lesione, che è generalmente limitata al corpo dell' utero, presenta diverse gradazioni: ora, essa è limitata alla muccosa ed allo strato il più prossimo al tessuto dell'utero; ora, estesa al terzo interno, alla metà interna della sostanza di questo viscere. Nel primo caso, vi si unisce un rammollimento senza aumento notabile del volume dell'organo; nel secondo caso, che è quello offerto dalla fig. 3, essa è congiunta alla ipertrofia dell' utero. Finalmente, questa alterazione coesiste talora colla presenza di polipi muccosi, e spessissimo colla obliterazione del collo uterino.

In questa special condizione dell' organo riproduttore, un fatto costante e assai rimarchevole si è, che il movimento flussionario di cui il corpo dell' utero è la sede, non è necessariamente sentito dal collo di questo organo; anzi potrebbesi dire che sotto questo rapporto, havvi perfetta indipendenza tra queste due parti, tanto che un corpo di utero rammollito e injettatissimo può coesistere con un collo duro e scolorato. L' alterazione rappresentata dalla fig. 3, osservasi spesso su delle donne che non andaron soggette alla benchè minima metrorragia negli ultimi tempi della vita: ma questa assenza di perdita sanguigna non dee però far supporre costantemente l' obliterazione del collo dell'utero, avvegnachè manchi spesso la emorragia ancor quando il collo sia perfettamente libero fatto, di che trovasi sufficiente spiegazione nella circostanza, che la flussione sanguigna non è punto diretta, in questi casi, precisamente sulla muccosa uterina, ma bensì sul tessuto proprio dell' organo.

Del resto, l' alterazione di che si tratta giammai sembrommi annunziarsi per alcun sintoma particolare, seppure questo non si è, o un flusso di muccosità sanguinolenta, o una assoluta metrorragia, la quale però non fu mai tanto considerevole da compromettere la vita dell'ammalato.

Considerazioni generali sul cancro poltaceo.

Siccome sotto la denominazione *di cancro dell' utero* distinguonsi lesioni organiche di questo viscere tra loro differentissime, così fu mio avviso far rappresentare in una serie di tavole, la immagine fedele, se non di tutte le varietà, delle specie principali almeno di sì terribile e sì comune malattia. Ed abbenchè su tal materia lavori importantissimi abbiansi già pubblicati, ciò nullostante reputo non esservi malattia che tanto richieda lo studio anatomico-patologico, quanto il cancro in generale ed il cancro in particolare dell' utero.

Come esempio atto a convalidare queste mie pur troppo veridiche asserzioni, prestasi nel più chiaro modo quel contrapposto di alterazioni, che, non ha guari, mostravano le figure 1 e 2. Nella fig. 1 infatti vedesi la degenerazione detta cancerosa; nella fig. 2 una cangrena senza alcun vestigio di cancerosa alterazione; eppure, tanto in nosografia come in clinica, queste due alterazioni restan comprese nella stessa categoria.

Proponendomi intanto di parlare con qualche dettaglio della cangrena dell' utero, amo sia questo argomento preceduto da una esposizione dei resultati delle mie dissezioni spettanti al cancro poltaceo rappresentato dalla fig. 1, e di tutti i cancri dell' istesso ordine.

Se in questo genere di cancro, studisi con qualche attenzione una sezione delle parti alterate, vedrassi (fig. 1) che esse offrono una disposizione areolare, la quale può del pari riscontrarsi e nella vagina e nell' utero, come nella vessica, nel retto, nelle glandule linfatiche ed anche nelle ossa stesse del bacino.

Le areole dei tessuti così degenerati, sono identiche in tutti gli organi ma ineguali di capacità: la materia poltacea che le riempie, e che io non saprei meglio paragonare che a del riso cotto, distaccasi facilmente per mezzo della maniera del bisturino; fluisce sotto la forma di vermicelli per una pressione laterale o viene evacuata per un getto continuo di acqua; dopo di che la trama areolare che resta a nudo, rappresenta con qualche esattezza gli alveoli di un alveare di miele.

Talora quasi liquida e analoga al cervello del fanciullo, talora più o meno concreta è la materia stanziante nei detti alveoli od areole, le quali altro non sono che la rete vascolare venosa dell'organo da cui oltre che dalla qualità e quantità del liquido raccolto, dalla atrofia e dalla ipertrofia, dall'indurimento o rammollimento degli elementi organici, numerose modificazioni avvengono nella morbosa lesione, senza però che essa mai cangi natura.

Ed in quanto alla sede del cancro nella rete vascolare venosa osserveremo: come essa riesca patentemente dimostrata, ove la materia cancerosa occupi non solo detta rete vascolare, ma risieda ancora nelle vene che con questa rete comunicano (ved. tav. III, fasc. 44); ove possano seguirsi le vene cancerose dal punto in cui esse presentano il loro stato di integrità il più assoluto fino alla rete vascolare, sede della malattia, ed ove finalmente riscontrinsi liberi, permeabili e sani i vasi linfatici ed i vasi arteriosi situati lungo il tragitto delle vene alterate. Ma ove però sane, come gli altri vasi, si mostrino le vene libere, o almeno quando la loro alterazione consista, sia in delle flebiti adesive (grumi densi e aderenti), sia in delle flebiti suppurative (pus feccia di vino e pus flemmonoso); in simili circostanze non bastantemente manifesta riescir potrebbe la sede della lesione; ed io proponevami per determinarla nel più sicuro modo anche in questi casi, le dissezioni che qui sotto vo descrivendo, il di cui resultato sembrommi raggiungere perfettamente lo scopo prefissomi.

A questo oggetto, uopo è incominciare dallo studio della alterazione ai limiti della parte ammalata. La vagina prestasi assai vantaggiosamente a questo studio; siccome essa ne è quasi costantemente attaccata congiuntamente all'utero, così, l'occasione di studiare la degenerazione cancerosa di questo canale dee presentarsi assai di frequente. Ora, se ai limiti della alterazione, asportisi con precauzione il superficiale strato muccoso, se con non minor precauzione lacerisi la rete venosa, che costituisce, in qualche modo, la trama di questo canale, riscontrerassi che detta rete è sommamente sviluppata, e che resulta unicamente da vene ingorgate di sangue, in alcuni punti liquido, in altri coagulato, i quali incrociansi tra loro in ogni maniera di direzione: quindi nel sangue coagulato scorgonsi dei punti bianchi, i quali altro non sono che la

materia poltacea o cancerosa che incomincia a svilupparsi; la quale dal lato dell'alterazione, scorgerassi ricoprire perfettamente i vasi che mostreransi allora, nodosi e distesi, come esser potrebbero per la più felice iniezione; una semi-essiccazione ne farà risaltare i contorni: e se si avanzi anche di più, mostreransi questi vasi perforati come da un bisturino, tagliati a picco, a pareti aperte, distrutti nella metà o nei due terzi del loro calibro, finalmente non affatto riconoscibili.

Di più a riguardo di tali vasi ripieni di sostanza poltacea, due circostanze sono a considerarsi: 1.° la loro enorme dilatazione; 2.° l'eccessiva fragilità delle loro pareti, bastando la più leggiera trazione o pressione che sia, a lacerarli; ciò che vien pure confermato dal fatto, avvegnachè se con un getto d'acqua detergansi le superficj ulcerate o erose, vedesi, nel modo il più manifesto, che le ulcerazioni od erosioni altro non sono che vasi lacerati.

Le quali ultime alterazioni nel loro diverso modo di succedersi bastantemente chiaro addimostrano: che la rete vascolare venosa è, nel cancro, il solo sistema attaccato; che gli altri elementi organici finiscono per atrofizzarsi compressi dai detti vasi, sommamente aumentati di volume; che lo stesso tessuto dell'utero sembra venir distrutto, o almeno le sue fibre disgregate vanno ad applicarsi sulle pareti venose, di cui aumentano così la grossezza.

Tali considerazioni sono intieramente applicabili *al cancro areolare gelatiniforme*, nel quale la trama areolare vien costituita dalla rete venosa prodigiosamente sviluppata, ed il sugo canceroso poltaceo è rimpiazzato da una specie di gelatina consistente.

Considerazioni generali sulla cangrena dell'utero.

La cangrena dell'utero e della vagina riguardar si deve sotto i due principali aspetti, e di cangrena consecutiva al cancro e di cangrena primitiva.

1.° *Cangrena consecutiva al cancro dell'utero.*

Sommamente comune è *la cangrena consecutiva al cancro dell'utero.* Intendesi facilmente ciò, ove per poco si pensi, che il più piccolo processo morboso, la più piccola flussione sanguigna o di altra specie, stabilite su dei tessuti così profondamente alterati nella loro struttura come lo sono i tessuti cancerosi, vi devono in breve estinguer la vita.

Frattanto questa specie di cangrena, ora distrugge i tessuti cancerosi strato per strato; ora, attacca in massa le parti degenerate, e sia nell'uno come nell'altro caso, lo scolo uterino assume un orribil fetore, e il dito introdotto nella vagina ricopresi di avanzi di parti distrutte molto somiglianti alla putredine di spedale.

La distruzione delle parti operata dalla cangrena strato per strato, effettuasi, ora con rimarchevole rapidità, ora con estrema lentezza, circostanza la quale esercita una grande influenza sulla intensità degli accidenti morbosi.

Quando poi la cangrena invade in massa le parti degenerate, appena qualche vestigio rimane della precedente degenerazione, tanto che un simil caso potrebbesi facilmente ritenere come una cangrena primitiva, e solo si è giunti talvolta a stabilire la precedenza di una degenerazione al processo cangrenoso, dal carattere canceroso delle glandule linfatiche della pelvi e dei lombi.

Cancro dell'utero e della vagina. — Distruzione cangrenosa del collo dell'utero. — Suco canceroso infiltrato nella sostanza delle pareti della vagina ai limiti della cangrena. — Glandule linfatiche dell'inguini cangrenate.

Francesca Houguard, di 49 anni, ebbe otto figli, l'ultimo dei quali nella età di 22 anni, fu assassinato sotto i

suoi occhi il 28 luglio 1830; circostanza a cui essa fa rimontare la sua malattia per la moral commozione provata a sì orribile spettacolo.

Nel mese di gennajo 1833, dolori ai reni che non tolgono la Houguard alle sue abituali occupazioni.

Nel gennajo del 1834, perdita di sangue, seguita da flusso in bianco, che mai più abbandonò l'ammalata.

Il 4 settembre, tre settimane avanti alla sua morte, seconda emorragia, e quindi, vomiti, singhiozzo, sincopi, debolezza di voce, piccolezza di polso.

Il tatto fa rimarcare una vasta escavazione a pareti irregolari formate a spese del collo dell'utero e della vagina, le quali parti han cessato di esser tra loro distinte. Il dito col quale fu eseguito il riscontro mostrasi coperto di avanzi cangrenosi tramandanti orribil fetore.

Dal 4 al 23 settembre, giorno della morte, deperimento portato al più alto grado; persistenza del singhiozzo e del vomito; freddo; sincopi; mancanza di polso.

Necroscopia.— La vagina e l'utero, del quale ultimo non era restato che il solo corpo, formavano una vasta escavazione a pareti cangrenose. Il corpo dell'utero non presentava vestigio di tessuto canceroso. Nella sua sezione mostravasi la estremità inferiore di esso, alla quale restavano ancora attaccati gli avanzi cangrenosi, molle, di un color rosso cupo, senza alcuna degenerazione.

Delle strette aderenze tra il corpo dell'utero da un lato, e la vessica ed il retto dall' altro, stavano a prevenire qualunque versamento nell' addome.

Il basso fondo della vessica avea già partecipato alla alterazione; vedeasi la muccosa corrispondente a detta parte presentare la disposizione papillare, vessicolare, solita a riscontrarsi in simili circostanze.

Sarei io rimasto titubante nello ammettere, in questo caso, tanto la cangrena primitiva come la cangrena consecutiva, se la incisione della vagina non mi avesse dimo-

strato, che sui limiti del fuocolare cangrenoso, il tessuto della vagina era compenetrato da suco canceroso.

Cancerose mostravansi le glandule del bacino. La vena iliaca primitiva sinistra conteneva del pus, color feccia di vino.

Lo stomaco offriva nella sua metà pilorica le pareti flaccide e sommamente ingrossate, mentre mostravasi dilatato ed a pareti assottigliate nella sua metà esofagea.

In questo caso, annunziossi la cangrena pel singhiozzo, pei vomiti, pel freddo delle estremità, per la decomposizione della fisonomia, per la picciolezza e anche per la soppressione del polso.

E questi medesimi caratteri mostraronsi al più alto grado, nel caso che qui sotto riporto, il quale ne offre l' esempio singolare di cangrena delle pareti della vagina e del retto, con infiammazione cronica della muccosa uterina; ed al quale congiungesi pure l' apoplessia capillare delle circonvoluzioni parietali del cervello da me riscontrate sul cadavere, e che io non avea saputo diagnosticare nel vivente.

Cancro delle pareti della vagina e del retto addossate all' utero. — Passaggio delle materie fecali dal retto nella vagina. Istantanea comparsa di vomiti, di freddo alle estremità, di soppressione di polso. Cangrena delle parti attaccate. Infiammazione della arteria iliaca interna e delle sue divisioni — Apoplessia capillare.

Maria Luisa Marseille di 59 anni, cuoca; mestruata a 18 anni, a 21 anno madre di un figlio, che fu l' unico; a 39 anni divenne cieca e la mestruazione fu costantemente poco regolare.

Fino da 18 mesi essa venia molestata da flusso bianco

abbondantissimo; però niuna perdita di sangue; non soffriva che mediocri dolori all' utero, di cui essa non facea menzione, se non che ove fosse interrogata. Fino da qualche tempo le materie fecali passavano per la vulva.

Tutt' in un tratto, il 9 agosto, singhiozzo, vomito, freddo alle estremità, polso filiforme; assopimento negli intervalli tra gli accessi del vomito; profonda alterazione della fisionomia. Ricercata l' ammalata, se ella soffra dolore, essa ne indica la regione ombelicale. Di primo tratto, la invasione istantanea ed il carattere dei morbosi sconcerti mi fan supporre trattarsi sia di una peritonite, sia di uno strozzamento; ma escludonmi la prima la flaccidezza del ventre e la poca intensità del dolore; del secondo poi non so rintracciare la causa. Avrei anche creduto al colera, poichè aveansi tutti i sintomi generali che lo caratterizzano, se comparse fossero le evacuazioni coleriche. In mezzo a tutti questi supposti non corsemi punto al pensiero la cangrena dell' utero.

Il 10, continua il medesimo stato; gli 11, assenza completa del polso; freddo algido; profondo scomponimento della fisonomia: emaciazione rapida: fin dal giorno avanti han cessato il singhiozzo ed i vomiti; continua la flaccidità dell' addome. Sembrami imminente la morte; pure la vita prolungasi fino al 14, senza polso, con freddo algido, e come l' agonia di un coleroso. Le Inservienti mi narrano che le evacuazioni alvine sono nere e di un orribil fetore.

Necroscopia, il 15. — La vagina e il retto non più tra loro distinti, formano un vasto fuocolare a pareti cangrenate, fuocolare, che viene, in avanti, costituito dalla parete anteriore della vagina, e in dietro, dalla parete posteriore del retto. La cangrena erasi estesa al tessuto cellulare del bacino fino al muscolo otturatore interno. Ai limiti della porzione cangrenata del retto e della vagina riscontro una porzione di tessuto canceroso, manifesta prova che la cangrena era consecutiva.

Perfettamente sano il tessuto dell' utero, e solo la sua membrana interna mostrasi essere stata sede di una infiammazione cronica come resulta dal leggiero color rosso della sua superficie, dalla presenza di alcune fungosità e da quella del pus concreto.

Così, l' arteria iliaca interna e molte delle sue diramazioni mostransi essere state sede di cronica flogosi, poichè ne offrono delle concrezioni scolorate aderenti, in mezzo alle quali trovasi una cavità ripiena di pus color feccia di vino. Quindi l' aorta presenta in un punto limitatissimo della sua circonferenza, una concrezione scolorata validamente aderente, che denota una arterite circoscritta.

Finalmente esaminato, come per caso, il cervello, vi riscontrai una apoplessia capillare, caratterizzata, in alcune parti, da dei punti simili a delle petecchie o macchie scorbutiche aggruppate o disseminate, in altre parti, da piccoli fuocolari sanguigni, altrove poi, da una specie di combinazione del sangue col tessuto cerebrale. Questa alterazione vedeasi limitata alla sostanza grigia delle circonvoluzioni ed anfrattuosità che limitano indietro la scissura del Silvio, mentre la sostanza bianca circumposta mostravasi giallastra e come infiltrata o adematosa.

Riflessioni. — È rimarchevole in questo caso la coincidenza della cangrena dell' utero colla infiammazione dell' arteria iliaca interna, la quale, è assai presumibile, possa avere avuto una qualche influenza sullo sviluppo della prima malattia. In quanto poi alla apoplessia capillare osserverò, come essa non siasi fatta palese per i sintomi propri di questo genere d' alterazione, avendosi avuto soltanto quelli spettanti alla malattia dell' utero; tanto che, uopo è lo ammettere come applicabile anche alle lesioni organiche l' aforismo d' Ippocrate: *Duobus doloribus vel laboribus simul abortis, vehementior obscurat alterum.*

2.º *Cangrena primitiva dell' utero*

Frequentissimo è il riscontrare come unica lesione nelle donne credute affette da affezione cancerosa, una cangrena umida del tessuto dell' utero, senza alcuna traccia di malattia cancerosa propriamente detta. Questa cangrena umida primitiva dell' utero presenta, come la cangrena consecutiva, due varietà: ora essa distrugge strato per strato l'utero, e in questo caso, non trovasi talora rimanere di questo viscere se non che il corpo, o anche una parte di esso, sia cioè la parete posteriore, sia il fondo; nella quali condizioni ponno delle aderenze stabilite tra la vessica, il retto, l' utero e le circonvoluzioni intestinali, prevenire un versamento che sarebbe inevitabile resultato di sì enormi distruzioni di parti: ora può questa cangrena attaccare in massa una grande estensione di organi.

La fig. 2 ne offre un tipo della cangrena del primo genere; ed altri casi perfettamente simili a questo esistono in gran numero registrati nelle mie note. Tra questi, havvene uno risguardante una donna di 43 anni, che provava atroci dolori, soprattutto alla regione ipogastrica, invano combattuti coll' oppio, e che morì nel più completo marasmo: in essa mostrossi l' utero ridotto unicamente al suo corpo, la vagina distrutta in tutta la sua porzione contigua al collo dell'utero, di modo che tra la vessica ed il retto esisteva un fuocolare cangrenoso considerevolissimo, limitato, in alto, dal corpo dell' utero, in basso, dalla vagina, in parte distrutta. Le parti rimaste dell' utero erano sane e non presentavano vestigio alcuno di tessuto canceroso; solo nella porzione inferiore di questo resto uterino, la quale era prossima alla cangrena, e che senza dubbio non avrebbe tardato a parteciparne, riscontravansi delle macchie sanguigne.

Cangrena primitiva.—Distruzione dell' utero a strati successivi. — Morte lenta.

In una donna creduta ammalata di affezione cancerosa, e che morì in un deperimento progressivo e senza alcun dolore, l' utero riscontrato esternamente sembrommi di un volume tre volte maggiore dell' ordinario; praticato quindi un riscontro per la vulva, trovai un corpo voluminoso prominente nella vagina, che io ritenni per un polipo, come, di primo tratto, confermavami la consecutiva sezione, la quale mostrava partirsi dall' utero ipertrofizzato una eminenza conoide sporgente nella vagina colla base volta verso il fondo dell'utero. Ma dietro una più attenta osservazione, potei mettere in chiaro non essere altro la indicata prominenza se non che l'utero stesso, rimasto distaccato per una erosione cangrenosa dalle pareti della vagina, la quale erasi in qualche modo fatta continua cogli strati più superficiali dell'utero separati dagli strati più profondi; inoltre potei constatare che la ipertrofia dell' utero nascondeva, per così dire, la considerevol perdita di sostanza a cui detto viscere era andato soggetto; perdita di sostanza che, a quello mi parve, comprendeva quasi l'intiero collo dell'organo.

Del rimanente, la porzione dell'utero libera nella vagina, non meno che la superficie corrispondente della vagina stessa, mostravansi ricoperte da uno strato cangrenoso.

Non esisteva il più piccolo vestigio di tessuto canceroso, e lo strato della sostanza del viscere sottostante allo strato cangrenoso mostravasi soltanto compenetrato di sangue, un poco rammollito, e di una superficie inegualissima.

Certamente questa ammalata non avea soccombuto ad una degenerazione cancerosa, ma piuttosto ad una tise

uterina, prodotto della erosione cangrenosa di quest'organo (*).

Cangrena primitiva dell' utero seguìta da peritonite.

Una donna di 50 anni vien trasferita da uno spedale del centro alla Salpêtrière, come cancerosa incurabile. Tormentavanla dolori vivissimi, orine involontarie. Tutt'in un tratto, brividi di freddo, senso di soffocazione. L'ammalata si lagna di sentir qualcosa che dall'epigastrio le salga fino alla gola. Profonda alterazione della fisonomia; mediocremente dolorosa riesce la pressione addominale; niun meteorismo; pure io diagnostico una peritonite. Morte dopo 48 ore.

Alla necroscopia: peritonite pseudo-membranosa.

Completamente distrutti il collo dell'utero e la parte superiore della vagina. Nel bacino, un vasto fuocolare prolungantesi in avanti, da un lato, tra la faccia posteriore della vessica e il corpo dell'utero, dall'altro, tra la faccia posteriore dell'utero ed il retto. Ampia comunicazione tra la vessica e la vagina; leggeiro aumento di volume del corpo dell' utero, il di cui tessuto è sano e non presenta traccia alcuna di materia cancerosa, come non la presentano tutti gli altri tessuti.

Senza voler negare che, nei casi qui sopra descritti, la disorganizzazione cangrenosa possa essere stata preceduta dalla degenerazione cancerosa, osserverò soltanto, che egli è ben difficile il concepire come in questa ipotesi possano i limiti della disorganizzazione o della cangrena corrispondere esattamente a quelli della degenerazione cancerosa, ed essere soltanto macchiati di sangue gli strati adjacenti.

(*) Non è raro l'osservare terminarsi la cangrena dell'utero colla peritonite, e ciò, sia pel rompersi delle salutari aderenze che circoscrivono il fuocolare cangrenoso, sia perchè la cangrena estendasi alla quasi totalità dell'utero, sorpassando i limiti delle aderenze. —

Terminerò su questo soggetto col riportare due osservazioni, una delle quali riguarda una giovine di 21 anno, mentre l'altra ne somministra un caso di cangrena che avea attaccato gli strati più interni dell' utero sviluppandosi dall' indentro all' infuora.

Cangrena primitiva dell' utero in una giovine di 21 anno.

Emilia Grand, di 21 anno, nata da padre sano e che morì all' armata, e da madre che soccombè, all' età di 48 anni, ad una recidiva di cancro alla mammella.

Lavandaja dai 12 ai 16 anni; regolarmente mestruata; prostituta dai 16 anni fino al suo ingresso alla Salpêtrière. Nei quattro anni di prostituzione ella trasferissi per ben 7 volte allo spedale delle veneree.

Abbenchè ne vada ella asserendo di non aver mai sofferto di altri sconcerti se non che di un flusso bianco, e di non aver mai subìto la cura mercuriale, resulta però da alcuni scritti da essa mostratici, che nell' autunno del 1831, collocata nella clinica del Sig. Ricord, fu supposto essere essa attaccata da una ulcerazione del collo dell' utero di 10 linee di diametro, della quale sarebbe essa guarita dopo nove cauterizzazioni col nitrato acido di mercurio.

Intanto il coito era divenuto doloroso e accompagnato da leggiere emorragie uterine; sanguinolento, di bianco che era, faceasi il flusso abituale. Nel primo maggio 1833, collocata nella clinica del sig. Cullerier, presentava flusso uterino abbondante, dolori lombari. Tutta la cura consistè allora nei rimedj dolcificanti.

Sortita dallo spedale delle veneree, costituissi all'Hôtel-Dieu, e di là alla Pietà, ove il sig. Velpeau avendo riscontrato il collo dell' utero in parte distrutto, ciò nonostante praticò tre cauterizzazioni col nitrato acido di mercurio.

Ma fin d'allora sembra che l'ammalata indebolissesi no-

tabilmente ed a tal segno, da non poter più camminare. — Emaciazione. — Scoloramento della faccia. — Il 7 ottobre 1833 entra alla Salpêtrière: perdita dell'appetito: estrema magrezza, però faccia non cancerosa; dolori vivissimi agl'inguini ed all'ipogastrio; al tatto presentasi una estesa disorganizzazione; scolo estremamente fetido e di esalazione cangrenosa; diarrea fetida, che niun mezzo vale a frenare. Negli ultimi giorni, vomito, stomatite, dolori addominali, marasmo, profondo scomponimento della fisonomia. Morte il 12 febbrajo 1834.

Necroscopia. — Peritonite ipogastrica recentissima. Un fuocolare cangrenoso aperto nella cavità del peritoneo, e che io credo il resultato della rottura di aderenze recentemente formate.

Dell'utero non era rimasto che il terzo superiore del suo corpo, di cui i due terzi inferiori insieme col collo e la parte superiore della vagina erano stati distrutti.

Una escara vastissima mostravasi appesa al superstite frammento dell'utero. Quindi un fuocolare cangrenoso orribilmente fetido, venia circoscritto dalla vessica, dai ligamenti larghi, dal fondo dell'utero e da molte circonvoluzioni intestinali; una comunicazione esisteva tra il fuocolare cangrenoso ed il retto; ingrossate ed infiltrate di siero le pareti di questo intestino.

Niuna traccia di tessuto canceroso. Perfettamente sane le parti prossime alla cangrena non meno che tutti gli altri organi.

Riflessioni. — In una sì giovine età può egli aversi il cancro dell'utero? E non si han qui i più distinti caratteri di una cangrena primitiva dell'utero? Quella erosione, quella cangrena di spedale dell'utero non richiedevano forse un trattamento speciale?

Che la cauterizzazione, la quale, di primo tratto, sembra sì convenientemente applicata nella cangrena umida

dell' utero, sia anzi da ritenersi come un mezzo idoneo alla diffusione di tal morboso processo, va, a parer mio, comprovandolo il già narrato caso, e confermalo pure il fatto che io qui sotto riporto.

Cangrena primitiva dell' utero, incominciata dagli strati più interni di quest' organo.

Clery, in età di 52 anni, artigiana, mestruata sempre regolarmente, ma soggetta al flusso bianco; madre di undici figli, di cui l'ultimo avea 21 anno. Fino da due anni soffriva di uno scolo uterino assai fetido, che essa ritenea cagionato da una caduta fatta dalla sua sedia. Nel corso di questi due anni avean pure avuto luogo tre o quattro metrorragie.

Al suo ingresso alla Salpêtrière, emaciazione, asciuttezza di lingua; scolo fetidissimo e quasi fosse costituito da materie fecali. Dolorosa la emissione delle orine e soventi volte accompagnata da dolori espulsivi simili a quelli del parto; dolori alla parte interna della coscia; bisogno di prender cibo; sete.

Questa donna, che ardentemente desiderava il termine de' suoi giorni, ma la di cui esistenza sembravami poter protrarsi anche per qualche mese, fu presa, in breve, da diarrea abbondante, e in otto giorni giunta all'ultimo grado del marasmo, mancò alla vita.

Necroscopia. — L'utero aumentato di volume giungeva fino allo stretto superiore col suo fondo, al quale vedevasi intimamente adesa l' estremità dell' intestino tenue. — Aderenza tra la faccia anteriore dell' utero e la faccia posteriore della vessica, quale aderenza distrutta per mezzo di una piccola trazione, mostrossi allo scoperto un fuocolare cangrenoso. Sezionato l' utero potei constatare, che amplissima era la sua cavità, che i suoi strati interni erano stati distrutti dalla cangrena, che le sue pareti erano tappezzate

da degli avanzi cangrenosi neri e fetidi attaccati a dei fascetti vascolari; che il suo collo era stato distrutto a tutta sostanza, dal che il fuocolare cangrenoso intermedio alla vessica e all' utero, e comunicante colla cavità di questo viscere; che in alto e in basso la cangrena erasi estesa dall' utero fino alle sottostanti porzioni del peritoneo, il quale pure mostravasi perforato.

Riflessioni. — Quest' utero rammentavami l' aspetto degli uteri cangrenosi da me osservati alla Maternità nelle donne che aveano partorito.

Inoltre io credo che l' ammalata fosse attaccata, nel suo principio, da cangrena umida del collo dell' utero, che fossesi poi estesa agli strati più interni del corpo dell' organo.

La qual cangrena umida, secondo quello insegnommi l'osservazione, viene ordinariamente a manifestarsi pei seguenti caratteri locali: dalla qualità, cioè, dello scolo, che ha il fetor cangrenoso e ben distinto dal fetore del cancro; da una perdita di sostanza apprezzabile dal tatto, senza gl'ispessimenti e le vegetazioni che accompagnano soventemente il cancro; dagli avanzi cangrenosi che vanno a ricoprire il dito esploratore; dall' aspetto cangrenoso della superficie, esaminata per mezzo dello specolo. In quanto poi allo stato generale della macchina esso è diverso, secondo che la cangrena invade le parti successivamente e a strato per strato, o sivvero le attacca in massa e a molta sostanza, poichè, nel primo caso, l' individuo deperisce e si fa marasmatico in un modo lento e graduato, nel secondo caso, manifestansi istantaneamente i più gravi sconcerti, il profondo scomponimento della fisonomia, la piccolezza del polso, il freddo alle estremità.

MALATTIE DELLA PELLE.

Produzioni cornee (Tav. III.)

Spiegazione delle figure.

Le due produzioni cornee rappresentate dalle figg. 1. e 1', figg. 2 e 2', furono indirizzate alla Accademia di medicina dal Sig. Dott. Lozes. Aveano esse appartenuto a un individuo di 45 anni, ed erano situate, una alla regione posteriore della gamba sinistra, l' altra alla regione del gluzio destro, al di sotto il gran trocantere. L'avo di questo individuo portava un corno del tutto simile sull' omoplata del lato destro.

Il Sig. Lozes asportò queste due produzioni, e applicò un bottone di fuoco sulle piaghe, le quali cicatrizzaronsi al termine di qualche giorno.

Le figg. 1 e 2 rappresentano la superficie esterna di queste corna, il di cui aspetto rammenta quello delle corna ritorte del becco. Su detta superficie esterna mostransi pure delle strie nel senso della sua lunghezza, non però alcun anello o stria circolare, quali osservansi nelle corna degli animali, e che stanno a indicare la loro formazione per tanti piccoli corni incassati l' uno dentro l'altro. Inoltre alla loro base, mostrano queste corna una cavità poco regolare, riempita da una vegetazione o produzione della pelle. Le figg. 1' e 2' rappresentano una sezione longitudinale di queste produzioni cutanee, evidentemente costituite da fibre sovrapposte.

Riproduco qui litteralmente, una descrizione esattissima dei caratteri fisici delle produzioni cornee in discorso, la quale precede l' analisi chimica su di una di queste produzioni, operata dal Sig. Dublanc, farmacista. (Vedete *journal de Pharmacie*, mars 1830, et Bullettin des *sciences med.* tom. XXIII, p. 2).

» Questa produzione cornea, sottoposta alla analisi,
» presentava 1.° 5 pollici di lunghezza sopra 1 di diametro
» alla sua base; pesava 34 grammi, o-5; mostrava due
» facce: una superiore, irregolare, convessa, percorsa in tut-
» ta la sua lunghezza da delle strie longitudinali; l' altra
» inferiore, leggermente concava, meno levigata della fac-
» cia superiore; 2.° due estremità: una anteriore rotonda,
» mammellonata, una posteriore, tagliata a scarpa e per
» la quale questa cornea produzione aderiva alla pelle.
» Nel centro di questa ultima estremità esisteva un prin-
» cipio di canale, poco profondo ed ostrutto da degli
» strati orizzontali cellulosi, costituiti dal deposito succes-
» sivo di una sostanza, la quale, in origine, non altro esser
» dovea che un liquido morboso secreto. Compatta e qua-
» si trasparente era in tutti i punti la sostanza di questa
» cornea produzione, e nell' interno lasciavasi facilmente
» manomettere, convertendosi come in una polvere delica-
» tissima al tatto.

» Facilmente per questa minor durezza nel suo centro
» potea presumersi, che gli strati interni stati fossero i
» primi a formarsi, o sivvero questa differenza di consi-
» stenza attribuir poteasi alla essiccazione.

» Due altre produzioni cornee più lunghe della prece-
» dente mostravansi ritorte a spirale come quelle della
» fronte del montone. Lasciate esposte in un luogo umi-
» do, tutte queste cornee produzioni sviluppavano un odore
» specifico, analogo a quello della sostanza callosa dei
» piedi.

» *Analisi.* — Una macerazione prolungata nell'acqua

rammollisce la sostanza di questi corni, disgregandone le fibre longitudinali da cui vengono costituiti; quindi sviluppasi, grado a grado, un odor putrido, nè tarderebbe ad avvenire la completa decomposizione di detta sostanza, ove restasse ancor più lungo tempo nell' acqua.

L' acqua fredda o alla temperatura della ebullizione non toglie cosa alcuna alla sostanza in discorso e comunque prolungata ne sia la sua azione, essa non offre alcun precipitato per mezzo del tacnino, nè alcun residuo per la evaporazione; ciò che sta a provare l' assenza della gelatina.

Gli alcali caustici (soda e potassa) sembrano non agire altrimenti che l' acqua alla temperatura ordinaria; disciolgono però questa sostanza, a caldo, abbenchè con molta difficoltà e solo quando è assai grande la loro proporzione; la soluzione si fa chiara aggiungendovi dell'acqua. Niuna separazione si ottiene neutralizzando la base con un acido, ma portando il liquido alla ebullizione, vi si formano in breve dei fiocchi abbondanti costituiti da una materia insolubile nell' acqua e poco diversa da quella da cui trae la sua origine.

L' acido nitrico agisce sulla sostanza di questi corni come sulla maggior parte delle sostanze animali e segnatamente sulla pelle che, a freddo, rende di color giallo, e quindi la converte in tante laminette dell' aspetto della madreperla; mentre, a caldo, la fa diventare di colore arancciato, colore che in breve scomparisce del tutto. La soluzione nitrica è accompagnata da sviluppo di gas nitroso, e il liquido che avanza presenta delle tracce di acido ossalico.

Finalmente questa sostanza cornea brucia senza fiamma e spande l' odore ingrato proprio della combustione delle sostanze animali; ridotta in cenere, essa dà 0, 015 di residuo, costituito quasi intieramente da fosfato di calce.

Le nozioni imperfette raccolte fino a questo giorno sui

veri caratteri che distinguono gli uni degli altri i principj cavati dal regno animale, non dan campo a pronunziare in un modo formale sulla perfetta identità tra essi e la sostanza in discorso. Frattanto se si considerino le ricerche pubblicate dal Foucroy e le esperienze dell'Hatchett, renderassi manifesta una marcata analogia tra questa sostanza e ciò che i dotti han vagamente designato col nome di albumina ossigenata, la quale costituisce, secondo essi, la totalità dell' epidermide, delle unghie, delle scaglie, dei cannelli di penna e delle corna del Bove e del Montone, da questi autori analizzate. Nè è a negarsi, che tra i caratteri da me più sopra mentovati, alcuni non ve ne sieno i quali facciano con molta probabilità riguardare la sostanza delle corna umane, come non altro che dell' albumina rimasta modificata per delle circostanze alle quali si è dessa trovata esposta, durante tutto il tempo in cui queste escrescenze sonosi tenute attaccate alla pelle. Ma non ostante ciò, per emettere su tal punto patologico un giudizio inattaccabile da qualunque obiezione, uopo sarebbe possedere pienamente i caratteri atti a far riconoscere l'albumina stessa, formandone così un principio ben distinto da quelli che concorrono con essa alla organizzazione degli animali.

Le figg. 3 e 3' mostrano una produzione cornea (*) distaccatasi spontaneamente dalla faccia di una donna in avanzata età. Fu questa escrescenza cornea presentata alla Società anatomica, nella sua seduta del 6 agosto 1835, dal Sig. Landouzy, uno dei suoi membri; ed ecco l'istoria che la riguarda.

La Signora Paroissien d'Epernay, in età di 86 anni, fu presa, circa 21 anno addietro, da prurito nella guancia sinistra, in corrispondenza ad una macchia bianca, tubercolosa, leggermente prominente.

Continuamente umettando e grattando questa macchia

(*) Questo pezzo trovasi nel Museo Dupuytren.

onde farla scomparire, l'ammalata procurò invece colla continua irritazione, un rapido sviluppo della pelle, tanto che in breve formossi una prominenza assai considerevole la quale coprissi di una densa crosta cornea.

Allora il padre della ammalata vedendo il sollecito avanzarsi di tale innormalità, più volte andava consigliandole di distruggere questa vegetazione per mezzo della legatura, se le cagionava spavento il ferro tagliente. Riusciti vani questi consigli, al termine di 5 anni, la vegetazione avea l' aspetto di un vero corno, e sfigurava talmente l' ammalata che, fino da quell' epoca, essa non abbandonò più il suo quartiere. Avea questo corno la sua origine corrispondentemente alla articolazione tra l' osso della guancia e l'osso massillar superiore; discendeva obliquamente, passando in prossimità del naso che lasciava affatto libero, fino al di sotto del labbro inferiore, di modo che l' ammalata era costretta a sollevarlo colla mano per prendere il cibo , o la sua estremità immergevasi nel bicchiere e nel cucchiajo. Finalmente, dopo dieci anni, questa vegetazione avea, presso a poco, le stesse dimensioni che al momento nel quale fu presentata alla Società, e ciò non perchè fossesi arrestato, a quell' epoca, il suo sviluppo, ma per la esfoliazione continua del suo apice, e perchè l' ammalata erasi più volte adoprata a troncare, ora coi denti, ora con un temperino, la estremità inferiore di questo corno. Il 15 giugno 1835, una leggiera infiammazione , accompagnata da vivi dolori, manifestossi attorno alla vegetazione: impiegati dei topici ammoglienti ed oppiati, un tal giorno essa mostrossi come rimossa e mobile sulla pelle, e all' indimani rimase nelle mani dell' ammalata nell' atto che ella accingevasi a sollevarla, onde accostare il bicchiere alla bocca. Ora è qui da rimarcarsi, come la caduta di questa produzione cornea non fosse accompagnata da suppurazione, e solo uno strato corneo restasse ancora aderente alla porzione di pelle da cui era nata la vegetazione; dal quale stato di parti

chiaro appariva, che in breve, sarebbesi nuovamente sviloppata altra cornea produzione, poichè, nello spazio di un mese e mezzo mostravasi già una prominenza di 5 in 6 linee. Non esisteva però alcuna adesione della pelle coll' osso della guancia.

La vegetazione, di cui accennammo il distacco dalla guancia della Sandouzy (figg. 3 e 3') avea quattro centimetri di lunghezza sopra 2, 152 di larghezza e di grossezza; la sua spessezza era di 1, 10; delle sue due facce, una superiore convessa mostravasi solcata in tutta la sua lunghezza da delle strie longitudinali (fig. 3); l'altra inferiore concava presentava come tre diramazioni nervee rilevate e separate da delle solcature poco profonde. La estremità libera presentava un cul di sacco assai profondo, a pareti irregolari, rossastre e come incartapecorite. L'estremità aderente poi mostrava una superficie piana, regolare e levigata; e da questa estremità avendo il padre della ammalata distaccato un frammento, lo sottopose alla analisi chimica, che ne mostrò, essere la composizione della sostanza cornea identicamente la stessa di quella delle corna degli animali, eccettuate però quelle del cervo, le quali contengono più di un quarto del loro peso di gelatina, carattere che stabilisce in esse molta analogia colla struttura delle ossa.

La fig. 3 rappresenta la sezione della stessa produzione cornea: vi si osserva la stessa disposizione striata lineare da noi osservata nelle figg. 1' e 2'.

Produzione cornea della regione lombare sinistra; Ablazione di questa produzione e della produzione di pelle che servivale di sostegno. Cicatrizzazione. (figg. 4 e 4'.)

Le figg. 4 e 4' rappresentano una produzione cornea

che fu estirpata dalla regione lombare in un Indiano, dal sig. Faget, medico a Bordeaux (*).

L'osservazione spettante al pezzo patologico trovavasi registrata nel giornale di medicina pratica di Bordeaux, marzo 1835, pag. 148.

Un Indiano di Laposlan, villaggio presso a Guadalajura (Messico), lavorante, in età di 52 anni, di forte costituzione, entrò nello Spedale di S. Michele di questa città nel maggio del 1831. — Mostrava egli nella regione lombare sinistra 2 pollici al di sopra della cresta dell'ileo, una produzione cornea orizzontalmente diretta, e che sembrava nascere dalla pelle, come il pelo nasce dal suo bulbo. » La base di questa nuova produzione, dice il sig. Faget, muovevasi su di un tumore aderente ai tessuti più profondi e quasi non sorpassante in estensione il perimetro del prisma da esso rappresentato. La pelle circumstante alla vegetazione trovavasi in perfetto stato di normalità, e dolorosissimi riescivano i movimenti che a detta vegetazione imprimevansi. »

Il malato raccontò, che questa produzione datava da dieci a dodici anni, che essa avea incominciato da un tumore dolente, il quale non avea tardato a ulcerarsi e ad assumere notabile sviluppo; che un anno dopo la sua comparsa, la superficie ulcerata erasi coperta di una efflorescenza cornea, la quale, nel corso di tre anni, acquistò una lunghezza di 3 pollici su di una circonferenza di 6 a 7.

Nojato dalla presenza di questo corpo che non permettevagli di dedicarsi ai suoi abituali lavori, il malato volle sbarazzarsene, assicuratosi prima della niuna vitalità di esso.

A tale effetto, situato su di un desco il molesto corno invitò il proprio figlio a reciderlo per mezzo di più tratti di sega; operazione che non riescì definitiva, secondo avrebbe egli desiderato, poichè dovette egli nuovamente ricorrervi, tre

(*) Pervenutami questa produzione cornea dal Sig. Faget, la deposi nel Museo Dupuytren.

anni dopo, ed in progresso ancora bene altre volte, perchè per bene altre volte riprodotta; ond'è che prese egli infine il partito di portarsi allo spedale. Ivi potè constatarsi, che la somma dei frammenti ottenuti dalle diverse resezioni equivaleva ad una lunghezza di 10 pollici.

Persuaso, che la ablazione della pelle la quale serviva di sostegno al tumore, poteva soltanto essere il mezzo a prevenire la recidiva, il sig. Faget andò circondando a qualche distanza con delle incisioni semi-ellittiche, la base della vegetazione morbosa (ved. fig. 4). » Per mezzo di un'accu-» rata dissezione, aggiunge questo osservatore, mi assicurai, » che la degenerazione propagavasi profondamente a tra-» verso e del tessuto cellulare, e dell'aponevrosi lombare, » terminando nel punto corrispondente alla origine delle » fibre carnose. Allacciati alcuni rami arteriosi, abbando-» nai la nuova superficie alla suppurazione: nè alcun grave » sconcerto sopraggiunse a ritardare la cicatrizzazione, ed » alla fine del sesto mese si ottenne l' intiera guarigione. »

Da queste poche parole resulterebbe, che la pelle, la quale serviva di sostegno al tumore, non meno che il tessuto cellulare succutaneo e l'aponevrosi lombare, avevano subìto una degenerazione, ma qual degenerazione? Più basso il Sig. Faget dice, che essa offriva i caratteri propri del tessuto scirroso; che la sua massa di un pollice e mezzo di diametro, mostrava nel suo centro dei punti rammolliti, i quali altro non erano, secondo esso, che le prime tracce di una trasformazione midollare.

Per quello io ne pensi giudicando dallo strato di quella porzione di cute che è circumstante ed è di sostegno al tumore (fig. 4), mentre non mi sembra vedervi dimostrata la degenerazione cancerosa, inclinerei piuttosto per la trasformazione fibrosa delle parti rimaste irritate e dal peso del tumore e dal soffregamento delle vesti che gli rimanevano a contatto (*).

(*) In tutti i casi di produzioni cornee con degenerazione cancerosa della

Del rimanente, questa vegetazione mostrasi conformata, alla radice, in una specie di collo, poco al di sopra del quale essa si espande, per quindi ristringersi nuovamente, cessando poi tutt' in un tempo: l'estremità terminale è leggermente scavata coi bordi rovesciati; su questa estremità scorgesi la sezione dei fasci longitudinali, divisi trasversalmente.

E qui è da osservare, che se questa produzione non fosse stata tagliata, probabilmente, *come tutte le produzioni cornee, essa avrebbe assunto* la forma di un corno a base aderente, e sarebbesi più o meno ritorta sopra a se stessa.

Frattanto la sua forma è quella di un bulbo leggermente appianato sui lati; la sua superficie disposta a fasci paralleli, il suo colore è fulvo, alternato da strie di pigmento nerastro, il quale indebolivasi in proporzione che allontanavasi dalla pelle.

La sezione verticale di questa vegetazione (fig. 4) presenta, come presentava la superficie, una disposizione a fascetti, i quali non sono delle semplici strie come nelle figg. 3 e 3', ma dei veri fascetti ben distinti, ed i quali sembravano uniti tra loro per mezzo di una sostanza glutinosa. Inoltre questa produzione ne offre molte perdite di sostanza, le quali tengono probabilmente ad un vizio nella secrezione dell' organo formatore della materia cornea ed in parte alla essiccazione di questa materia.

Finalmente, come in tutte le produzioni cornee da noi osservate, la spessezza di questa produzione andava diminuendo dalla circonferenza al centro, ed aumentando dalla base o estremità aderente alla estremità libera.

I resultati della analisi chimica istituita dal sig. Barbet

pelle da me osservati, il corno avea perduto quasi tutte le sue aderenze colla pelle, in forza della alterazione del tessuto cutaneo e dello sgorgo sieroso che erasi stabilito alla sua superficie.

a nome di una commissione composta dai sigg. Lartigue e Faure, furono i seguenti.

Nella quasi totalità: materia animale insolcabile che può considerarsi come albumina concreta; mucco; fosfato di calce; muriato di soda in piccolissima quantità; solo alcune tracce di lattato di soda.

Il sig. Faget ricorda, congiuntamente al fatto già narrato, altro fatto, che egli potè osservare allo spedale sant-Andrès del Messico. Riguarda questo fatto un uomo che portava, fino da molti anni, una escrescenza cornea sulla regione fronto-parietale destra. Questa escrescenza dividevasi *in due branche di ineguale lunghezza*, una delle quali conformavasi a spira per inviluppare l'orecchio, prendendo così tutto l'aspetto di un corno di montone. La base, dice il sig. Faget, veniva circoscritta da dei tumori e da delle esulcerazioni, per quello sembrogli, di natura cancerosa; ed in fatti egli intese dopo qualche tempo, che il malato era mancato alla vita per lo estendersi della degenerazione alle pareti del cranio.

Considerazioni generali.

In anatomia patologica si dà il nome *di produzioni cornee* a delle escrescenze o a delle lamine di apparenza cornea, che nascono accidentalmente su diversi punti della pelle dell'uomo e degli animali.

Il signor Alibert le ha collocate nella classe delle *ichtyoses* (ιχθος, υος, poisson), sotto il titolo di *ictiosi cornee*; denominazione, che, come ognun vede, piuttosto che alle produzioni cornee propriamente dette, è meglio applicabile alla disposizione scagliosa della pelle.

Fino dalla più remota antichità, le produzioni cornee furono soggetto della osservazione dei dotti; i quali tanto lasciaronsi prendere dell' amor del maraviglioso nel considerare i fatti che spettano a simile anormalità, che assai

difficile riescir potrebbe l' apprezzare il giusto valore di essi (*).

Così vediamo l' istesso Pareo, pagando il tributo alla comune credulità, occuparsi *delle corna congenite* (lib. XXIV, de *Monstris*). Troviamo quindi, per un inconcepibile abuso di linguaggio, designate col nome di escrescenze cornee della milza (**) e della dura madre, delle produzioni cartilaginee di queste parti. In un caso di ernia del cervello avviluppato nella dura madre, Amato racconta, che un bambino venne alla luce con un piccolo corno sulla testa; e questa pretesa produzione cornea sendosi fatta più considerevole a misura che il soggetto crebbe, questo disgraziato, che i suoi compagni chiamavano col soprannome di *cornuto*, venuto nella determinazione di liberarsi dalla incomoda protuberanza, consultò un chirurgo, che avendo exciso senza arrecare alcun dolore al malato, la parte più eccentrica del tumore, credè poterlo attaccare anche alla sua base; temeraria operazione che dopo poche ore costò la vita al fanciullo. Il quale avvenimento, osserva Amato, non esser punto a sorprendere, poichè, egli dice, il corno traeva la sua origine dal cranio e continuavasi colla sostanza cerebrale.

Frattanto a sì terribile e miserando fatto è forse da riferirsi la causa di quella timidezza, o quasi direi terrore

(*) È ormai noto, che presso gli antichi, erano le corna gli emblemi della forza e del potere (*Jupiter Ammon*), e che per singolar cangiamento di accettazione nelle società moderne, le corna son divenute il simbolo della infedeltà delle mogli. *Solus hircus, dice* Renaudot, *nostra inter animantia in rebus venereis socium patienter admittit: unde qui non aegre idem patitur* cornutus, *hircorum instar per sarcasmum dicitur*.

(**) È senza dubbio da riportarsi alle produzioni o trasformazioni cartilaginee degli inviluppi della milza il caso seguente:

Roberto di Flud dissecò il corpo di un individuo, di cui la milza avea acquistato un volume straordinario e sulla faccia convessa della quale mostravansi molte corna sporgenti e talmente dure, che appena lasciavansi tagliare nè tampoco raschiare dallo scalpello.

col quale i chirurghi del secolo passato attaccavano cogli strumenti taglienti le produzioni cornee.

Per giungere a conoscer completamente a quali e quante erronee opinioni abbia tratto la ignoranza dei veri caratteri delle lesioni organiche, anche in un' epoca a noi più vicina, basta percorrere la tesi (n° 253, 1820) sulle corna, del Sig. Dauxais, a cui deve esser grata la scienza dello avere egli con tutta l' assiduità raccolto il più gran numero dei fatti conosciuti su tale specialità morbosa.

Però non è a ricusarsi fede ad un non picciol numero di osservazioni nelle quali dei dettagli sommamente circostanziati, rapporto al fatto principale, inducono ad escludere qualunque benchè piccolo errore. Tale fra le altre è l'osservazione che riguarda un individuo chiamato Francesco Trouillu, il quale aveva un corno situato sul lato destro della fronte, e che nel 1599 condotto a Parigi dal Maresciallo di Lavardin, assicurò al Presidente De Thou che egli non avea portato nascendo alcuna apparenza di corno; che solo verso l'età di 7 anni la sua fronte incominciò a farsi ruvida e ineguale; che da quell' epoca fino all' età di 35 anni (ed era questa la sua età in quel momento in che divenia soggetto di osservazione) erasi, grado a grado, sviluppato questo corno, il quale era allora grosso e duro quanto quello di un montone, e scanalato nel senso della sua lunghezza; di un colore biondo come quello della barba e dei capelli di questo individuo. Trouillu era calvo anteriormente, ma la regione occipitale mostravasi sufficientemente vestita di capelli; inoltre dei ciuffi di peli sul mento e al di sopra le labbra davano a questo individuo l' aspetto del satiro.

Il descritto corno non dirigevasi in avanti come quello del montone, ma estendevasi a sinistra ricurvandosi; gli ricadeva sul cranio su cui sarebbesi indotta una qualche lesione, se di tempo in tempo non si fosse excisa una porzione del corpo che l' offendeva. La quale operazione, ove fosse stata ritardata, ed ove fossesi toccata la escrescenza,

ne susseguivano costantemente dei dolori acutissimi. Secondo quello assicura il De Thou, in breve accadde la morte di Trouillu; ed un epitaffio, in armonia collo spirito del tempo, fu destinato a immortalarne la singolare deformità (*).

Sul qual fatto sono veramente a sorprendere le riflessioni del Sig. Dauxais: » Questa escrescenza, egli dice, è ella » da considerarsi una vegetazione della dura-madre; può » essa riguardarsi come aderente al cranio, o sivvero prende » l' origine sua dal tessuto della pelle? » e certamente era essa non altro che una produzione cutanea. Quindi non reca meno sorpresa, che il Vicq-d' Azir (Hist. de la Soc. royale de médicine) sia nella supposizione, che una escrescenza simile alla già descritta e la quale fu indirizzata alla Società di medicina, fosse aderente al periostio ed all' osso ancora, per una parte della sua base.

Noi troviamo una perfetta identità tra le produzioni cornee rese dalla tavola III, ed altra produzione resa colla stampa nelle Memorie della Società reale di medicina. (**)

Questa produzione cornea apparteneva a una donna di 85 anni, la quale portava pure sulla fronte altre *protuberanze più piccole.* In breve la detta produzione acquistò delle assai estese dimensioni nel senso della lunghezza; quindi la molestia che ne resultava, e forse ancora la vergogna di portare un corno (perchè tale era il nome che a questa escrescenza attribuivasi dai conoscenti questa donna) fecero risolvere l' ammalata a farsela asportare da un chirurgo, il quale eseguì con una sega la operazione, con assai di facilità e senza che l' operazione riescisse in conto alcuno dolorosa; ricomparve però non dopo lungo tempo una nuova escrescenza, la quale fu del pari asportata, e così per più volte ancora. Dalle prime sezioni si

(*) La forma e la disposizione del corno di Francesco Trouillu furono conservate in una figura dall' Aldrovandi e da Gugl. Fabrice.

(**) Hist. de la Soc. roy, de méd, tom. I, pag. 311, pl. XII, fig. XV.

ebbero dei frammenti cornei durissimi, ritorti e regolarmente rotondeggianti, in seguito però si ottenne una sostanza meno compatta e meno regolarmente organizzata, ciò che facilmente spiegavasi per l'avanzata età e pel deperimento generale dell' individuo (*).

È frattanto nella osservazione di che si tratta sommamente a valutarsi il contegno del Sig. Gastelier autore della medesima, il quale ricordando, che nel più gran numero dei fatti di produzioni cornee analoghe al presente, gli osservatori aveano notato una aderenza intima coll'osso, o in altri fatti sorger facevano dalla dura-madre un certo numero di queste produzioni, andava ponendo ogni cura nel dimostrare, che il nucleo, il quale serviva di base a questa vegetazione, era impiantato unicamente nella pelle, senza punto aderire all' osso.

Nelle produzioni cornee la pelle che loro serve di base può degenerare in cancro. Tale è fra gli altri il caso di Maria Chanchie (*journal de médecine*, tom. XIV, p. 145), in età di 66 anni, la quale portava, fino da 26 anni addietro, nella parte posteriore e interna della coscia destra una produzione cornea. Questa escrescenza urtava nella coscia sinistra nell' atto della ambulazione, cagionando vivissimi dolori in quella porzione di pelle che a detta escrescenza serviva di sostegno. La povera donna avea più volte da se stessa tagliata la protuberanza, operazione a cui dovè quanto prima rinunziare in forza del dolore che le cagionava. Finalmente nel 1756, dopo un mese di orribili pene, il corno cadde spontaneamente, ma lo si vide rimpiazzato da un' ulcera cancerosa, che dopo sei mesi

(*) Vicq-d'Azir fa osservare con molto buon senso, che invece di segare a più riprese la vegetazione, meglio sarebbe stato estirpare il peduncolo nella sua totalità; operazione tanto più a preferirsi perchè praticata recentemente con pieno successo su di una donna di Tournay, la quale portava una specie di corno nella parte posteriore della coscia sinistra.

portò l'ammalata al sepolcro. Non si conosce qual fosse il metodo di cura impiegato nel trattamento di questa ulcera cancerosa.

Nel mese di febbrajo 1817, asportai un tumore scirroso, del volume di un ovo di gallina, sulla sommità del quale esisteva una produzione cornea in forma di sprone. Questo tumore che era situato sulla guancia sinistra, avea incominciato da una piccola escrescenza cornea analoga a molte dell'istessa natura, le quali esistevano sulla guancia destra del malato; più volte tagliata questa escrescenza, erasi costantemente riprodotta, intanto che la pelle della guancia che le serviva di sostegno andò, grado a grado, aumentando di spessezza, ed in breve l'escrescenza cornea fu sorretta dal voluminoso tumore che sopra indicai. L'esame anatomico di questo tumore mostrommi, venire esso costituito da del tessuto scirroso, presentando però nel suo apice il rammollimento proprio dei tumori encefaloidi. Poco aderente al tumore mostravasi la produzione cornea, perchè in gran parte da esso separata per una abbondante suppurazione; d'altronde essa non avea del corno che il solo colore, senza presentarne i caratteri anatomici, cioè le lamine e le fibre regolarmente e parallelamente disposte; mostravasi infine come una sostanza intermedia al pus disseccato ed al tessuto corneo.

Sede, cause, trattamento delle produzioni cornee; esistenza unica o multipla di esse.

Per rapporto alla *sede*, è da rimarcarsi questa singolarità: cioè, che le produzioni cornee riscontransi il più di sovente nella parte posteriore e interna delle cosce e al di sopra il garetto.

Ciò avea io luogo di osservare più volte nelle vecchie della Salpêtriere, nelle quali molte di queste vegetazioni vedevansi sorgere dalle rughe nere come la pelle dell'af-

fricano, che altro non erano che leggiere bruciature prodotte dall' uso eccessivo dello scaldino; la qual nozione di fatto coincideva con quelle offerte dagli annali della scienza (*) nei quali si hanno esempi numerosissimi di corna risiedenti nella parte interna delle cosce nelle donne del popolo, avanzatissime di età e abitanti paesi, ove comunissimo è l' uso dello scaldino. E tutto questo portava ad ammettere, considerata l' analogia esistente tra l' epidermide e le produzioni cornee, che queste ultime erano a ritenersi unicamente come il prodotto di una irritazione abituale portata fino al grado di bruciatura, idonea a modificare talmente la secrezione epidermoide da trasformarla in una secrezione cornea.

Così, tutti i punti della superficie cutanea ponno dare sviluppo alle produzioni cornee, perchè ovunque può ingenerarsi una irritazione cronica, la quale ha per resultato la produzione di vegetazioni o papille, che invece di separare una sostanza epidermoide, separano una sostanza di questa natura. E la faccia stessa offreci frequentemente simili produzioni, ora sotto forma di sprone di gallo, ora sotto quella di unghia di cane, variabili pel volume, addossate su delle papille più o meno prominenti, cadendo spontaneamente e riproducendosi colla massima facilità.

Riguardo alle cause determinanti le produzioni cornee è fra queste da noverarsi una pressione lungamente protratta: così, il sig. Alibert possiede un corno che erasi sviluppato sulla tuberosità dell' ischio; se ne son visti ancora sulla pelle vestiente il calcagno; e molti individui han presentato simili produzioni in tutti quei punti sottoposti a una abituale pressione, ai gomiti, ai ginocchi, alla fronte: finalmente, sono cause di simile alterazione una scalfittura, e una qualunque erosione della pelle.

(*) Ved. P. Rayer, Traité theorique et pratique des maladies de la peau. 2.ª edit. Paris, 1835. Tom. III, pag. 640 et planche XXI.

A quest' ultimo genere di cagioni riferir si deve il caso di Giacomo Delpieu, il quale radendosi i peli della regione temporale con un rasojo male affilato, vi produsse una escrescenza cornea di forma conica, un poco ritorta sopra se stessa, composta di strie o filamenti di natura cornea. Presentatosi in questo stato alla Società reale di medicina, questo disgraziato operajo accusava vivissimi dolori dietro il più piccolo movimento indotto nella cornea produzione, e specialmente verso la sua base, in vicinanza, cioè, della cute.

Come idoneo a gettar qualche luce sul meccanismo col quale si formano le produzioni cornee è il fatto seguente. Mentre era io medico dell' Ufizio centrale degli spedali, presentossi una donna con una areola di vegetazioni cornee attorno alla zona colorita del capezzolo. Venivan queste costituite da numerose papille le quali erano invaginate come in tante fodere di sostanza cornea. Queste ultime poi, ben distinte tra loro, aveano un color nero, durissime e tagliate a faccette in scambievole rapporto: erano lunghe due linee, e la loro estremità libera mostravasi come troncata; finalmente aderivano strettamente alla pelle, dal di cui tessuto sembravano aver l' origine loro. Ordinariamente l'ammalata vi risentiva del prurito, e ove fossero toccate, ella vi accusava sommo dolore, e di più asseriva che ella sarebbe caduta in deliquio od anche morta, quando si fosse tentato di svellere una di queste guaine cornee.

In quanto poi alla patogenia delle cornee produzioni, l' anatomia patologica ne insegna, che esse han per matrice il derma, su cui il corpo papillare mostrasi sommamente sviluppato; che le papille, invece di essere isolate, come nel caso precedente, mostransi ordinariamente aggruppate e agglutinate, sebbene sempre distinte come i peli, il di cui agglutinamento costituisce l' unghia del cavallo. Infatti per mezzo della macerazione puossi operare la separazione delle strie o prolungamenti filiformi, i quali entrano nella

composizione di queste produzioni cornee. Su questi prolungamenti filiformi niuna azione si esercita dall'acqua, la quale solo ne discioglie quella specie di glutine che gli unisce tra loro. Quando poi la morbosa secrezione di alcune delle papille resta sospesa, o in qualche maniera modificata, riscontransi , o alla superficie o entro la sostanza della cornea produzione, come delle screpolature o specie di geodi, che attestano questa alterazione dell' organo formatore, nell' istessa guisa che il tronco dei vecchi alberi attesta colla alterazione degli strati legnosi, i disordini di vegetazione indotti dall' azione di un intenso freddo.

Del resto le produzioni cornee non hanno la stessa durezza, l'istesso aspetto in tutto il tratto della loro lunghezza, essendo esse talora molto più compatte , molto più resistenti e di un color più bruno alla estremità libera , che alla base, ove le fibre trovansi separate da una materia, di apparenza grassosa, mentre presso alla estremità sono in un mutuo e stretto contatto. Sulla superficie poi trovansi delle fibre più solide di quello sieno nel centro.

Analoga alla teoria sopraindicata sul modo di formazione delle escrescenze cornee è la teoria di Malpighi , il quale dice, che le corna accidentali provengono dal prolungamento delle papille nervee cutanee saldate insieme e costituenti un corno durissimo. In quanto poi alla opinione che elevossi nella Società anatomica , alla circostanza dell' esservi stata presentata una produzione cornea dal Sig. Mercier, e la quale considerava queste speciali produzioni morbose come un prolungamento del tessuto fibroso del derma o come una degenerazione di detto tessuto, affatto erronea sembrami sia essa da riguardarsi, avvegnachè niente di organizzato riscontrisi nelle corna accidentali ; mentre che esse non altro sieno che un prodotto di secrezione solidificato va di più confermando il loro spontaneo distacco.

Soventi volte vidersi delle lamine cornee ricoprire le cicatrici; fenomeno da me pure osservato in una cicatrice

situata sul davanti della tibia, ed alla quale sopraapponevasi una lamina cornea di un pollice di lunghezza sopra mezzo di larghezza. A questo aggiungerò l'altro fatto offertomi dalla pratica, nel quale la cute capillizia mostravasi difesa come da un coperchio di sostanza calcarea di una assai considerevole estensione.

Alessandro Beneditti dice di aver visto nella parte interna del ginocchio, in seguito di una ferita, un corno del tutto simile a quello di una capra, e quindi offre di cotal fatto una singolare teoria, la quale ammette che la materia destinata alla nutrizione dell'osso convertasi in una sostanza cornea la quale si indurisca alla maniera delle gomme per effetto del contatto dell'aria.

Oltre alle produzioni cornee dipendenti da vizio locale, le quali sono le più numerose, ve ne hanno pure che si manifestano su molte parti indipendentemente da qualunque lesione di località. Fra le altre osservazioni di questo genere gli annali della scienza contengono la osservazione risguardante una giovine di 18 anni, del Cantone di Berna (an. 1612), la quale presentava le braccia, il dorso e le gambe ricoperte di corna, per la maggior parte in direzione retta e di color nero, abbenchè ve ne fossero ancora delle ricurvate. Tutte queste corna caddero spontaneamente in virtù dell'uso delle acque termali solforose, dei purgativi e del regime di vita.

Ingrassias (*) racconta di una giovine, la quale mostrava su molte parti del corpo, ma specialmente sulle mani, sui cubiti, sulle ginocchia, e anche sul cranio e sulla fronte dei tumori ricurvati, a punta acuta, i quali rassomigliavano a delle corna di vacca. Assai curiosa è la descrizione che di essi ne offre questo scrittore. Presentavano, dice egli, l'aspetto di calcoli vessicali, il di cui aumento si fa per strati successivi, o di tante squamme sovrapposte, d'inegual

(*) De Tumor. praeter naturam, tom. I, p. 336.

grandezza e delle quali trovavasi la più grande alla base e la più piccola alla sommità, di modo che dette produzioni ritenevano una forma piramidale.

Fra i casi più rimarchevoli di produzioni cornee occupanti diverse parti del corpo è da ricordarsi quello pubblicato da Ash nel 1685. Ha questo per soggetto Anna Jackon, in età di 13 in 14 anni. Verso l'età di 3 anni le si manifestarono su tutta la superficie del corpo, ma particolarmente in prossimità delle articolazioni, una quantità di corni aventi origine dalla pelle, alla maniera dei porri, dei quali sembravano ritenere la radice, abbenchè di sostanza cornea fosse il loro apice. Quelle fra queste produzioni cornee che erano situate alle estremità di ciascun dito eguagliavano in lunghezza il dito da cui nascevano; quindi a ciò che ne sembra, prendevano esse la loro primitiva origine tra l'unghia e la carne, come addimostravalo il riscontrarsi alla base di queste concrezioni un corpo duro che rassomigliava alle unghie ordinarie e che ricurvavasi come lo sprone di un gallo d'India. Inoltre sulle altre articolazioni delle dita osservavansi dei corni più piccoli che cadevano talvolta spontaneamente, per essere in breve rimpiazzati da altre cornee produzioni. Tutta la pelle delle braccia, delle gambe e dei piedi avea un aspetto orribile a vedersi: era essa callosa e ogni giorno divenialo di più. Le ginocchia, le gomita, in generale tutte le articolazioni mostravansi coperte di corna. Ne esistevano due per ciascun gomito, le quali offrivano di particolare una rassomiglianza perfetta colle corna della capra. Una gran quantità esistevano sulle natiche, e queste erano appianate per la compressione a cui andavan soggette mentre questa disgraziata giovine stavasi sedente. Ne esistevano pure alla ascella e sulla regione mammillare, le quali erano delle altre più dure, più sottili e più bianche. Quando fu pubblicata questa osservazione, altra produzione cornea sorgeva da ciascuno orecchio e la pelle cominciava a divenir cal-

losa. Questa giovine offriva uno sviluppo di macchina proprio di un bambino di 5 anni.

Come appartenenti a un vizio generale, e non ad un vizio locale sono a considerarsi le numerose e singolari produzioni cornee che risiedevano sull'anti-braccio e sulla mano di una vecchia, e che io dimostrerò con apposite figure nel progresso dell'opera. Nè altrimenti è a riguardarsi un pezzo patologico deposto nel Museo Dupuytren, rappresentante le mani ed i piedi di una vecchia donna coperte di produzioni cornee di diversa grandezza.

Dal mucco e dal pus disseccati di cui ricuopresi la pelle in alcune malattie, si giunge, per gradi insensibili, fino alle produzioni cornee. Tale era un caso risguardante un fanciullo di 10 in 12 anni, che qualche tempo addietro io osservai nella clinica del sig. Baudeloque, allo spedale dei fanciulli.

In questo soggetto delle concrezioni stallatiformi di diverse dimensioni elevavansi su tutta la superficie del corpo, e nelle screpolature che presentavano questi prodotti di secrezione solidificati vedeansi annicchiate delle miriadi di pidocchi. Fino all'epoca in che io vidi questo disgraziato niun trattamento curativo era stato impiegato. In seguito le frizioni di unguento mercuriale, i bagni zolforosi apportarono la caduta delle descritte croste rimarchevoli e pel loro numero e pel loro volume, e quindi la guarigione del vizio della pelle di cui erano esse il resultato, vizio che fu creduto doversi riportare alla tigna favosa.

Probabilmente nella medesima categoria dei prodotti puriformi addensati merita di essere collocata l'osservazione pubblicata da Behrends, il quale descrisse e rese con figure alcune escrescenze tubercolose che aveano la consistenza della sostanza cornea non ancora ridotta a perfetta solidità, occupanti la palma della mano e la pianta dei piedi.

Come mucco o pus disseccati son forse da ritenersi e la

escrescenza cornea e l'unghia sviluppata sul glande, fatto riportato da Meckel (Journ. complem. des. sc. med., tom. IV). In un individuo il di cui prepuzio canceroso era stato estirpato, e nel quale alcune parti del glande attaccate dall'istessa affezione erano state cauterizzate, videsi elevarsi dalla cicatrice del glande medesimo un corpo bianco, duro, insensibile, che, nello spazio di dieci mesi, tanto crebbe in lunghezza ed in larghezza da giungere a costituire pel volume quasi un altro glande, nel tempo stesso che assunse la durezza di una sostanza cornea. In questo stato di cose si recedè da qualunque operazione, primo, in vista della età avanzata di 70 anni di questo individuo, secondariamente, ricordandosi l'esito funesto che ad essa operazione avea susseguito in un altro caso analogo a questo.

Finalmente non ha dubbio che a simili fatti di mucco e di pus addensato alluder volessero quegli autori, i quali pretesero non esistessero vere produzioni cornee, e che le osservazioni pubblicate su questo soggetto solo riferir dovessersi a delle ulcere scrofolose o cancerose coperte da una sostanza purulenta concreta.

Le produzioni cornee sonosi talora viste cadere per effetto di una qualche violenza esterna, o sivvero sono state estirpate, e in questi casi, sonosi sempre riprodotte.

Quando la loro caduta è spontanea, ciò che frequentemente avviene, (e tale tra gli altri è il caso riportato dal Rivière. Obs. 6, pag. 348), essa è, in alcuni casi, la conseguenza di una modificazione nella vitalità dell' organo secretore; modificazione che ha per resultato la secrezione di un vero pus invece che di sostanza cornea. In questo caso di caduta spontanea, ora il corno ripullula quando la sua matrice non è rimasta distrutta o modificata dalla infiammazione, ora esso più non comparisce, e ciò è quando questa distruzione o modificazione dell' organo formatore non ha avuto luogo. Nella maggior parte dei casi poi la

caduta spontanea delle produzioni cornee è la conseguenza di una infiammazione attiva della porzione di cute che loro serve di sostegno; infiammazione che può anche venir cagionata da una violenta scossa esercitata sulla cornea produzione da una qualche violenza esterna.

Noterò finalmente che in un certo numero di osservazioni riportate dagli autori, cercasi rintracciare la provenienza di un odore fetido esalato dalle produzioni cornee; su di che osserverò, come sia mio avviso, non ad altro doversi riportare cotal fetida esalazione se non che alla secrezione del pus tra il corno e la matrice o organo formatore, secrezione che è il resultato del distaccco parziale del corno, e che può persistere per un tempo più o meno lungo.

Il trattamento delle produzioni cornee può esser distinto in palliativo ed in curativo.

Il trattamento palliativo consiste nella resezione della produzione cornea colla quale si giunge ad attenuare gli stiragliamenti dolorosi esercitati sulla pelle dal contatto o anche dal peso della stessa cornea produzione.

Così Cabrol segò sulla fronte di un cardatore di Montpellier, un corno di un mezzo pollice di lunghezza e di un pollice di larghezza. » La figura di questo corno, dice » Cabrol, era irregolare; grosso, cioè, alla sua base e ter- » minante in una punta attortigliata, alla guisa stessa di » un corno di un giovane capro di sei mesi ». Abbenchè l'autore opinasse, fosse una tal produzione aderente all' osso, pure vinto dalle insistenti preghiere del malato, si decise a segarla nel punto il più basso possibile. Da tal resezione ne avvenne una emorragia considerevole che rese necessaria l' applicazione del caustico attuale. Frattanto il malato guarì radicalmente dopo un processo di suppurazione (*).

(*) Sebbene Cabrol sia una autorità sospetta agli occhi dei critici severi, i quali mal concepiscono, come i fatti i più straordinari del suo

E qui la guarigione radicale si ebbe, 1.° perchè la sega fu applicata il più possibile in vicinanza della pelle; 2.° perchè fu interessata nella resezione la matrice stessa; 3.° perchè su di essa matrice fu praticata la cauterizzazione; tanto che simil caso è da collocarsi nella categoria di quelli il trattamento curativo dei quali viene anche coadiuvato dalla cauterizzazione.

Nel trattamento radicale per le produzioni cornee diversi sono i metodi da impiegarsi: vi ha quello consistente nel circoscrivere tra due incisioni semi-ellittiche la porzione di cute che sopporta la produzione cornea, e questo fu impiegato nel negro di cui vedemmo la cornea escrescenza nelle figg. 4 e 4'. Un altro metodo consiste nell' asportare il corno per mezzo di un bisturino portato alla base di questa produzione, cauterizzando la porzione di pelle su cui essa riposa, e questo è il metodo del Sig. Lozes, al quale però sembrami sia il primo da preferirsi. La estirpazione delle produzioni cornee e della porzione di pelle sulla quale sono esse impiantate, mentre in generale non viene che unicamente consigliata dai pratici, si rende però assolutamente necessaria quando la cute sulla quale esse riposano e che loro serve di matrice, ha subito la degenerazione cancerosa o minaccia di subirla.

tempo siensi tutti combinati nella pratica di questo autore, pure mal negherebbesi la esistenza di un fatto così ben circostanziato, quale è il sopraddescritto.

Fascicolo 47.

CANCRO DELLA MAMMELLA

Cancro della mammella nell' uomo.

(Tavola I.)

I casi di cancro della mammella sono tanto rari nell'uomo, quanto son frequenti nella donna; differenza inerente al sesso e che tiene, come agevole è a concepirsi, alla special funzione cui nella donna presieder deve la glandula mammaria, la quale, nell' uomo mostrasi unicamente allo stato di vestigio. In generale però può darsi, che sebbene non abbiasi nella nostra macchina parte alcuna, per quanto circoscritta ella sia, la quale non sia addivenuta sede del cancro, pure, a circostanze eguali, una sovrabbondanza di sviluppo e di vita esercita sulla disposizione al cancro, come su quella di tutte le malattie, una non equivoca influenza.

Tre volte ho visto il cancro mammario nell' uomo: la prima volta in un barrocciajo nell' età di 70 anni. Il tumore avea il volume di una mela; era duro ed ulcerato. Io lo asportai; il malato ottenne completa guarigione, e tre anni dopo la malattia non avea più ripollulato.

La seconda volta, mi si offerse alla Casa Reale di Sanità, ed è quello reso dalla figura della tav. I.

Finalmente, avendo il Sig. Stanski presentato alla Società anatomica una porzione di scheletro di un uomo di Bicêtre, il quale, in seguito ad un cancro estirpato e quindi recidivato, avea soccombuto con tutti i sintomi di una affezione cancerosa generale, io potei osservare questo pezzo anatomico e notarvi le seguenti particolarità.

Lo sterno, che non era in conto alcuno sformato, presentava la mollezza di un muscolo o di un tendine, o meglio, quella che quest' osso avrebbe acquistato ove avesse subìto la immersione prolungata nell' acido nitrico diluto. Nel medesimo stato mostravansi le clavicole, le quali pure avean conservato la loro forma, la loro doppia curvatura e la loro lunghezza, abbenchè raddoppiate di grossezza. Queste ossa, lo sterno, cioè, e le clavicole, mostravansi, così, ridotte come in uno stato di carnosità, non riscontrandosi in esse il più piccolo vestigio di tessuto osseo. Le scapole mantenevansi nel più perfetto strato d' integrità.

Le coste, tanto a destra che a sinistra, aveano inegualmente subìto la notata degenerazione; molte di esse, ed in particolare la settima, la quarta, la terza, la seconda e la prima a destra (il cancro mammario risiedeva a destra), erano ridotte carnose nella metà anteriore della loro lunghezza; la parte degenerata riteneva la stessa forma, ed un poco più di grossezza riscontravasi nella porzione non degenerata. Molte di queste coste mostravansi fratturate non nella porzione ridotta carnosa, poichè ciò era impossibile attesa la mollezza dell' osso, ma però in quella porzione che avea incompletamente subìto questa degenerazione. La sesta costa vedevasi fratturata a un pollice di distanza dalla cartilagine; la quinta presentava due soluzioni di continuità. Facile era lo scorgere, corrispondentemente al punto fratturato, che le coste erano scavate in un canale ripieno di tessuto degenerato, ciò che ne avea marcatamente diminuita la resistenza.

È quindi a osservarsi come, eccettuate due o tre coste le quali avean subìto la degenerazione a una certa distanza dalle cartilagini, in tutte le altre questa trasformazione carnosa avea incominciato dalla estremità anteriore.

Un' altra importante osservazione si è, che dal lato destro, il muscolo gran pettorale mostrandosi attaccato dalla malattia, dava ragionevolmente a supporre essersi l' alterazione propagata alle coste per continuità di tessuto, nell' istesso modo che dalla glandula mammaria era essa passata ai sottostanti muscoli; ciò che non osservavasi a sinistra, ove l' alterazione dell' osso mostrandosi indipendente da qualunque lesione vicina, rendea patente, che dall'osso stesso sorta era la degenerazione, e tanto più pel perfetto stato d' integrità in cui riscontravansi, da questo lato, ed i muscoli e la glandula mammaria, e la cute stessa.

La tibia, abbenchè conservata la sua forma ed il suo volume, mostrava nella sua parte media la degenerazione carnosa a tutta sostanza; il canal midollare mostravasi ripieno di tessuto canceroso che stava a rimpiazzare il midollo, e che continuavasi senza linea di demarcazione col tessuto egualmente canceroso dell' osso.

In altre parti, la degenerazione cancerosa avea incominciato, ora dagli strati i più superficiali dell' osso, e in questo caso sembrava che la lamina profonda del periostio divenuta cancerosa inviasse dei prolungamenti nella sostanza dell' osso medesimo; ora dagli strati medj o dal centro del tessuto compatto, ove qualche fibra ossea vedeasi rimpiazzata dal tessuto canceroso; ora finalmente, dagli strati i più profondi. La degenerazione cancerosa esistente alle estremità delle ossa assunto avea la forma di tubercoli o piccole masse irregolari occupanti delle specie di geodi, delle quali alcune risiedevano in prossimità della superficie dell' osso, altre presso il canal midollare, altre finalmente mostravansi come imprigionate nella spessezza dell' osso.

In generale, il tessuto canceroso era compattissimo,

bianco, resistente alla maniera di un corpo, fibroso pochissimo compenetrato da suco canceroso. E d' altronde il cancro fibroso è la forma la più comune del cancro delle ossa.

Spiegazione delle figure.

Cancro fungiforme della mammella.

Il cancro rappresentato dalla tavola I apparteneva ad un uomo in età di 40 anni circa, e sul quale il Sig. Dott. Manry, medico allo spedale di S. Luigi, faceami pervenire le seguenti notizie.

Quest' uomo diceva, esser cagionata la sua malattia da un colpo di spada ricevuto sulla mammella, battendosi in duello; la ferita apparentemente leggiera, cicatrizzossi incompletamente, e attorno di essa rimase un indurimento doloroso che, dopo un lasso di tempo assai lungo, elevossi marcatamente sotto forma di due o tre piccoli mammelloni: la pelle intanto cangiò di colore, si escoriò, ed in breve svilupparonsi tutti i caratteri del cancro ulcerato.

Il malato, abitante allora in provincia, fu trattato con diversi metodi curativi, ma segnatamente coll' antiflogistico, e quindi fu praticata l' ablazione del tumore.

La piaga resultante dalla operazione, non cicatrizzandosi, ed assumendo anzi l' aspetto canceroso, volle il malato trasferirsi a Parigi, ove affidò la sua salute ai Sigg. Manry, Paul Dubois e molti altri.

Gli antecedenti, l' apparenza specifica della ulcerazione impegnarono il Sig. Manry a sottoporre il malato alla decozione di Zittmann, compenso che portò ad una emaciazione, senza modificare in conto alcuno i sintomi morbosi.

Allora il malato vedendosi minacciato da una prossima fine pel doppio effetto e delle emorragie e della cangrena,

prese il partito di trasferirsi alla Casa Reale di Sanità, ove il Sig. Paul Dubois praticò l' amputazione del fungo canceroso, estendendo la sezione a non poca della sostanza del muscolo gran pettorale, cioè a una gran distanza dal punto ove detto muscolo avea per una sua parte contratto aderenza colla base del tumore. A malgrado però questa sì completa ablazione, la quale, come vedemmo, avea interessato buona porzione di parti sane; ed abbenchè le glandule dell' ascella trovassersi nello stato il più perfetto d'integrità, pure non andò guari che la malattia ricomparve: nuovamente il trattamento palliativo; nuova estirpazione della massa cancerosa con successiva cauterizzazione per mezzo del ferro incadescente: la quale operazione non fu del pari che la prima volta, susseguita dagli esiti i più lusinghieri. In breve vennero in campo l' oppressione di respiro stante a indicare un versamento nel petto, l' edema delle estremità inferiori ed un rapido smagrimento. In questo stato il malato abbandonò la Capitale per ritornare in Provincia, ove morì nel termine di pochi mesi.

La fig. 1 rappresenta un fungo che tramandava un fetore orribile, partecipante dell' odor cangrenoso e del canceroso. Questo fungo era la sorgente delle emorragie continue di che sopra facemmo parola, e che difficili ad essere arrestate anche dalla compressione, riducevano il malato ad una estrema spossatezza.

Il tumore lobuloso e mammellonato sembra resultare dai mammelloni lobulosi, a mutuo contatto, di ineguale volume, e dei quali il maggior numero mostransi cangrenati nella lor superficie, od in parte nella loro sostanza. Alcuni di questi mammelloni si osservano ricoperti da una membrana sottile, vascolare che potrebbe riguardarsi come la pelle assottigliata, o come uno strato superficiale della pelle stessa ingenerato in tutta la sua sostanza; a traverso la trasparenza di questo strato superficiale, l'occhio armato di lente, distingueva degli alveoli fibrosi, ripieni di una

sostanza gelatiniforme, semi-trasparente; ond'è che bastantemente chiaro apparisce, venir costituiti i mammelloni dal suaccennato tumore e dal corpo stesso della pelle, le di cui maglie eran rimaste compenetrate da suco canceroso gelatiniforme.

La sezione del tumore (fig. 2) rappresenta un tessuto bianco, semi-diafano, avente molti rapporti, sia per la sua consistenza come pel suo colore, col *bianco mangiare*. Lo studio attento di questo tessuto mostrommi, che da una base ordinariamente molle, eccettuati alcuni punti nei quali mostravasi più compatta, partivano dei prolungamenti lamellari o piuttosto fibrosi a mutuo contatto, ma facili a lasciarsi separare, e terminantisi sulla superficie dei mammelloni: tra mezzo a questi prolungamenti mammillari, che io non potrei meglio assomigliare che alle lunghe papille del cancro fungiforme della muccosa gastrica o intestinale, mostravasi del sangue, sotto tre ben distinti aspetti: 1.° sotto l'aspetto di gocce globulose, o piccole macchie di sangue disseminate entro un tessuto bianco; 2.° come tanti piccoli fuocolari sanguigni sprovvisti di pareti; 3.° come se fossero dei vasi nodosi, in alcuni punti, con un andamento secondo la direzione delle fibre del tumore, altrove perpendicolari a questa direzione, mai però ramificati, e solo talvolta disposti ad anse. Quasi sarebbesi detto che queste piccole correnti di sangue fossero contenute da delle pareti, di cui però sarebbesi invano andati in traccia. Finalmente farò osservare come questo sangue fosse liquido, e fluisse, evacuando in totalità, subito che aperti si fossero i canali nei quali veniva esso contenuto. La sostanza in prossimità della superficie dei mammelloni mostravasi trasformata in una polpa, molto analoga nel suo aspetto alla polpa cerebrale compenetrata da fuocolari sanguigni, e come la si mostra nei casi di apoplessia capillare.

Nella spessezza di alcuni mammelloni della circonferenza del tumore non ancora manomessi dalla cangrena, io

riscontrai delle cavità o geodi irregolari, ripiene di sostanza caseosa, giallastra, granulosa alla maniera del riso cotto, stato di parti da me considerato come la suppurazione dei tessuti cancerosi.

Del rimanente, gli organi attaccati dal cancro erano la pelle, la glandula mammaria e il tessuto adiposo succutaneo; libero mostravasi il gran pettorale, abbenchè strettamente aderente a una parte del tumore. Nell'istessa fig. 2 mostrasi la sezione di quella porzione di muscolo che era stata asportata.

Riflessioni. — Il cancro fungiforme mammellonato di cui offriva qui sopra la descrizione *viene essenzialmente distinto* dal cancro mammellonato non fungoso, che osservasi frequentemente alla mammella. In questo, infatti, la pelle non ne va attaccata che consecutivamente; le ineguaglianze vengon costituite dalla glandula mammaria e dal tessuto adiposo succutaneo degenerato; la pelle è l' ultima a partecipare della alterazione, potendo ulcerarsi tanto per assottigliamento e per consumo, come per dato e fatto della alterazione cancerosa. Al contrario però nel cancro fungiforme mammellonato, la pelle acquista un prodigioso sviluppo, e convertesi in una specie di fungo mammellonato encefaloide e gelatiniforme, nel quale quasi affatto impossibile riesce il rintracciare gli elementi della pelle.

Pel concatenamento dei fatti può giungersi quasi ad aver sott'occhio il modo di generazione dei vasi accidentali nel tessuto canceroso, generazione che ha molta analogia con quella che osservasi nello sviluppo del pulcino. In mezzo a questo tessuto appariscono in principio dei punti di sangue, delle gocciolette, dei grumi, quindi dei vasi senza pareti, le quali si formano in seguito. Questi vasi così formati, altro non sono che tante vene, la di cui circolazione è indipendente dalla circolazione generale. Arterie di nuova formazione mai riscontraronsi nei tessuti accidentali; solo

questi vasi subiscono dei cangiamenti al di fuori della alterazione organica, i quali consistono in uno sviluppo che sta in rapporto collo sviluppo dell' organo e coll'aumento più o meno considerevole, che ha subìto il suo movimento nutritivo.

I mammelloni del cancro fungoso sono tra loro indipendenti; infatti mentre uno di essi si cangrena, può il suo vicino rimanersi nello stato normale.

La cangrena è una frequente resultanza della irritazione subìta dai tessuti degenerati.

Le emorragie si spiegano pei fuocolari sanguigni esistenti nel tumore, e la loro abbondanza per la fluidità del sangue. Queste emorragie, che io riguardo come venose, vogliono essere ben distinte dalle arteriose, che sì spesso avvengono nei cancri ulcerati per la erosione delle pareti dei vasi arteriosi, e le quali più difficilmente ponno arrestarsi in quanto che sono i vasi divenuti sì fragili, da non prestarsi in conto alcuno alla applicazione della legatura.

MALATTIE DEGL'INTESTINI

Ernia ombelicale

(Tavole I e II).

Le *ernie ombelicali* o *esonfali*, considerati sotto il punto di vista dell'epoca della loro formazione, si dividono in tre specie distinte: 1.° *ernia ombelicale congenita* o *intra-uterina*; 2.° *ernia ombelicale del neo-nato*; 3.° *ernia ombelicale dell' adulto.*

La ernia ombelicale congenita merita però molto più il nome *di sventramento congenito* che quello di ernia; poichè essa resulta da una imperfezione delle pareti addominali, le quali formano all'intestino una specie di sacco trasparente, così sottile, che lasciasi spesso lacerare nel travaglio del parto; oltre di che il feto che contenuto nell'utero non respira, non può che essere estraneo alle cause dell'ernia, cioè a dire, agli sforzi che tenderebbero a spinger l'intestino fuori della cavità addominale. Dal che può dirsi, che in questi casi, non sono gl'intestini che si spostano, ma le pareti addominali assottigliate che ricevono gl'intestini.

Secondo poi una ingegnosa teoria, la ernia ombelicale intra-uterina sarebbe il resultato di un arresto di sviluppo: gl'intestini, che, a quello ne pensano gli embriologisti, sono primitivamente situati fuori della cavità addominale nella spessezza della base del cordone ombelicale, e che, nell' andamento regolare, entrano successivamente nella cavità addominale, non effettuerebbero che incompletamente simile ingresso,

negl' individui ammalati di questa specie d' ernia. Teoria, alla quale stanno in assoluta opposizione le mie ricerche embriologiche, resultando da esse, che nell' andamento regolare, i visceri addominali occupano la cavità addominale, come i polmoni e il cuore esistono nel petto, e il cervello nella cavità del cranio. Così i fatti invocati in appoggio alla teoria dell'arresto di sviluppo, almeno in quanto alle ernie congenite dell' addome, sono del tutto a considerarsi come casi eccezionali, e come meritevoli di esser collocati nell' istessa categoria di quelli dell' encefalocele, i quali giammai fu pensato a riguardarli come un arresto di sviluppo del cervello.

La ernia ombelicale del neonato spiegasi facilmente per la disposizione dell' anulo ombelicale, il quale per l'avanti riempito dai vasi ombelicali, trovandosi vuoto nell' atto della nascita del feto per la vacuità di questi vasi, rendesi capace a ricevere dentro se le circonvoluzioni intestinali. In alcuni individui, l' occludimento dell' anulo e la sua aderenza coi vasi ombelicali flaccidi operandosi più tardivamente che in altri, una tal differenza, che è affatto indipendente dal vigore della costituzione, è la circostanza a cui tiene la predisposizione individuale alla produzione delle ernie sotto la influenza delle stesse cause occasionali, quali sarebbero: la tosse, i pianti del neo-nato, l'assenza di qualunque compressione sull'anulo. E qui è da notarsi, come affatto inammissibile sia l'opinione di J. L. Petit, il quale diceva, che le grida e tutti gli altri sforzi proprj del neonato si oppongono in parte all' occludimento dell' anulo, solo perchè fan refluire il sangue nei vasi ombelicali.

Ernia ombelicale nell' adulto. — Fino da J. L. Petit si ha come generalmente ammesso nella scienza, che l'esonfalo dell' adulto effettuasi, non per l' anulo ombelicale stesso, ma per il bordo di quest' anulo, superiormente, o inferiormente, o anche sui lati. Però questo gran chirurgo

non nega completamente la formazione per l'anulo dell'ernia ombelicale nell' adulto, ma siccome egli non ha osservato questo caso che due sole volte nella sua lunga pratica, così credesi autorizzato ad affermare che su cento ernie ombelicali, non ve ne han due che si producano per l'anulo ombelicale stesso (*). Di più, egli giunge a dire (**) che se nell'adulto dar si ponno ernie per l' anulo ombelicale, ciò non può accadere se non se in quegl'individui, il di cui anulo trovisi naturalmente dilatato per un vizio di conformazione, o sivvero in quelli che presentavano tuttora dei vestigj di un'ernia ombelicale cui erano andati soggetti nell' infanzia. Finalmente, rincarando anche d' avvantaggio sulle precedenti proposizioni, egli aggiunge, che questi tali individui non deggiono presentare alcun diradamento nelle fibre muscolari non meno che nelle respettive aponevrosi; » e per dire anche di più, io penso, che se trovasi in al- » cuno una disposizione per la parte della dilatazione del- » l'anulo e delle cause che producono il divaricamento nei » muscoli, la ernia, in tali casi, farebbesi piuttosto pel di- » varicamento muscolare che per l' anulo dell' ombelico. »

E di tal formazione delle ernie ombelicali dell' adulto a traverso i muscoli divaricati in prossimità dell'anulo, J. L. Petit dà per ragione questo fatto d' anatomia che, cioè, l' ombelico nella sua qualità di cicatrice, presenta un tessuto molto più compatto, molto più resistente di quello presentino le parti vicine; oltre di che, è pur valevole spiegazione, che nelle donne le quali han fatto molti figli, trovasi la cicatrice ombelicale nello stato naturale, e le aponevrosi vicine assottigliate e diradate.

Finalmente, l'illustre chirurgo stabilisce quattro caratteri distintivi tra l' ernia ombelicale che si effettua per l' anulo, e quella che ha luogo a traverso le fibre aponevrotiche divaricate. Nel primo caso infatti, 1:° la situazione

(*) Opere postume, tom. II, pag, 259.
(**) Tom. II, pag. 254, 255

della apertura corrisponde alla parte media del basso ventre; mentre è situata al di sopra, al di sotto, o sui lati, nel caso di ernia per divaricamento di fibre aponevrotiche. 2.° Lateralmente all' apertura per la quale si son protrusi gl' intestini, trovasi sempre l' ombelico sotto la forma di un punto duro o almeno più resistente che nel resto della linea alba. 3.° Il bordo dell'anulo ombelicale è sempre più compatto, più resistente di qualunque siasi anulo accidentale. 4.° Sempre rotonda è la forma dell' anulo ombelicale, mentre gli altri anuli accidentali hanno una forma ovale e mai perfettamente regolare.

Sui quali caratteri desunti dalla situazione precisa dell' anulo, dalla sua spessezza, dalla sua resistenza, osserveremo, che essi sono grandemente idonei a trarre in errore. Poichè, primieramente, l' anulo ombelicale non è sempre situato nel vero punto medio di quello spazio che separa l' appendice xifoide dalla sinfisi, e secondariamente la sua situazione varia secondo gl'individui, e soprattutto nelle donne che han riportato la distensione delle pareti addominali per ripetute gravidanze. Solo ne indurrà a stabilire positivamente l'ernia ombelicale pel divaricamento delle fibre aponevrotiche, la presenza della cicatrice ombelicale sopra uno dei punti della circonferenza del tumore.

Ma sulla sede dell'ernia ombelicale i resultati delle mie proprie osservazioni, discordando dalla opinione di J. L. Petit e da quella di molti altri, dimostraronmi assai frequentemente l'esonfalo nell'adulto effettuarsi dall'anulo ombelicale stesso, e forse più costantemente che nei divaricamenti delle fibre aponevrotiche. Le prime osservazioni che fissarono la mia opinione su tal soggetto, sono relative a delle gravidanze e a delle asciti alle quali congiungesi soventemente una dilatazione notabile dell'anulo: ora, nei numerosi casi di questo genere che si sono offerti alla mia osservazione nel corso di più di venti anni, io posso assicurare, che quando le pareti addominali han ceduto alla

forza distensiva rinchiusa nella cavità dell'addome, ciò è stato sempre all'anulo ombelicale, e giammai sui lati, nè al di sopra o al di sotto di esso. Il qual fatto, a cui più volte richiamai l'attenzione dei giovani studenti alla mia clinica della Salpêtrière, dovea trarre necessariamente all'altro; che le ernie ombelicali dell'adulto avvenir doveano il più delle volte per l'anulo ombelicale; nè la esperienza mancava di confermarmelo tanto sul cadavere come sul vivente; ond'è che potei stabilire come un fatto inconcusso, che le ernie ombelicali nell'adulto, più che pel divaricamento delle fibre aponevrotiche, han luogo ordinariamente all'anulo ombelicale stesso, il quale per la sua minor resistenza fa eccezione alla legge di densità e di indistensibilità delle cicatrici.

Ove poi si domanda se l'ombelico sia da ritenersi come una vera cicatrice, potrassi rispondere affermativamente per rapporto ai vasi che lo traversano ed alla pelle che separasi dal cordone; ma non per rapporto all'anulo che ritorna sopra se stesso quando i vasi ombelicali han cessato di esser permeabili al sangue, e che rammenta l'alveolo dentario dopo l'estrazione o la caduta del dente: e tale è la tendenza dell'anulo a chiudersi, che essa esercita ancora assai frequentemente una pressione sull'intestino spostato; ed in fatti si osservano talora delle piccole ernie ombelicali del neo-nato guarire spontaneamente, senza il soccorso del guancialetto contentivo.

Le ernie ombelicali dell'adulto vogliono esser ben distinte dagli *sventramenti*, i quali consistono in dei sacchi formati dalle pareti addominali assottigliate. Tutti conoscono quali enormi dimensioni in larghezza può acquistare la linea alba distesa per ripetute gravidanze; ora questa dilatazione spiegasi principalmente alla regione ombelicale, ove la linea bianca mostrommisi talvolta avere acquistato fino tre pollici di larghezza, dimensioni che essa talvolta può ancora assumere nelle regioni sott-ombelicale e sopra ombe-

licale, sia, ora in una ora in un'altra di queste regioni, sia in ambedue al tempo stesso. In tutti questi casi la linea alba mostrasi come convertita in una specie di bisaccia estesa dall'appendice xifoide fino al pube, limitata da ciascun lato, dai muscoli retti, e nella quale può rimaner contenuta la più gran parte degl'intestini. Lo sventramento nella linea alba può distinguersi in ombelicale, in sopra-ombelicale, in sotto-ombelicale, secondo che risiede in una od in un'altra di queste tre regioni. Ma oltre alla linea bianca, può lo sventramento presentarsi ancora in una od in un'altra delle regioni iliache, e ciò quando la linea alba ed i muscoli retti avendo resistito, la porzione delle pareti addominali che corrisponde a dette regioni, è stata portata al di là della sua distendibilità naturale.

Che in quanto allo sventramento sott-ombelicale, io non posso a meno di riportare qui un caso, assai più rimarchevole da me osservato nella mia pratica e spettante a una vecchia donna della Salpêtrière. Essa portava in questa regione come una bisaccia conoide, la di cui base era estesa dall'ombelico fino al pube, e l'apice rotondeggiante restava pendente tra le due cosce. L'anulo ombelicale risiedeva nel più elevato punto del tumore. Scorgevansi distintamente le materie fecali e le circonvoluzioni intestinali contenute in questo sacco; tanto che difficile riesciva l'intendere, come tutta la sostanza delle pareti addominali, comunque assottigliata ammetter la si volesse, rimasta fosse in mezzo agl'intestini ed alla pelle. Quest'ultima poi era estremamente sottile, rappresentava con qualche esattezza la pelle dello scroto, ed era mobile sulle pareti addominali per mezzo di un tessuto cellulare estremamente sottile.

Questa donna essendo morta di una malattia del tutto estranea allo sventramento, io mi assicurai, nella consecutiva necroscopia: che i muscoli retti erano stati, in ciascun lato, respinti dal tumore; che il sacco veniva costituito dalle aponevrosi addominali assottigliate e suscettibili di es-

ser divisi in due lamine, di cui la posteriore aderiva al peritoneo; che finalmente non esisteva alcun vestigio di adipe succutaneo, il quale era stato, in qualche modo, respinto sulla circonferenza del tumore.

Egli è probabile, che avanti un più profondo studio dell'anatomia patologica, gli sventramenti, del genere di quelli di che tenni parola siansi potuti riguardare come tante ernie; così io sarei disposto a ritenere non altro che uno sventramento *la ernia lombare* di J. L. Petit, situata a sinistra tra le false coste e la cresta degl'ilei e del volume del capo di un bambino: fondandomi sull'avere quest'autore fatto menzione di quest'ernia (pag. 257, t. II), dopo aver descritto sotto il titolo di ernie (*) gli sventra-

(*) " Il rilassamento e la distensione della linea alba sono talvolta " così grandi, in special modo nelle donne, che tutta la parte esterna " dell'addome, cominciando dalla cartilagine xifoide fino agli ossi del " pube, mostrasi dilatata e permette la sortita di quasi tutti gli inte- " stini, dell'epiploon, dello stomaco, del mesenterio e anche dell'ute- " ro contenente il feto. Queste ernie differiscono tra loro per rapporto " al volume, il quale dipende dalla estensione della dilatazione, che " non effettuasi sempre in tutto quanto il tratto qui sopra indicato, e " talvolta la linea bianca lasciasi distendere unicamente dall'ombelico fino " alla cartilagine xifoide. In questi casi, non raramente mi avvenne di " riscontrare nel tumore la presenza dello stomaco, il quale però non " vi s'introduceva se non che quando veniva distesa dagli alimenti, e " quest'ernia dispariva affatto quando lo stomaco e gl'intestini erano " vuoti. Altra volta, la dilatazione della linea alba effettuasi nella sua " parte inferiore, dall'ombelico, cioè, fino alle ossa del pube; nel qual " caso, l'ernia vien costituita ordinariamente dagl'intestini tenui e dal " mesenterio, talvolta dall'utero e quasi sempre dalla parte superiore " della vessica quando trovisi piena d'orina. Nei casi poi di dilatazione " di tutta la linea alba, se l'ombelico è resistente alla forza distensiva " dell'addome e si mantiene nella sua sede, allora compariscono due " ernie, una al di sopra, l'altra al di sotto di esso, le quali ponno in " seguito, congiungersi insieme e costituir così la grande ernia di tutta " la linea alba, e ciò quando l'ombelico cede finalmente alla perseve- " ranza delle cause che spingono i visceri addominali fuori di questa " cavità. In simil caso, i muscoli retti, che trovansi uno a destra e " l'altro a sinistra di questa spaventosa ernia, sembrano limitarla sui " lati, abbenchè non cessino per questo di spingervi entro gl'intestini,

menti formati dalla linea alba distesa e assottigliata, e sul riguardar ch' egli faceva quest'ernia lombare come prodotta dalla distensione delle pareti addominali per effetto della gravidanza.

I caratteri dai quali si distingue lo sventramento dalla ernia ombelicale deduconsi anzichè dalla posizione più o meno superficiale degl' intestini dalla presenza piuttosto dell' anulo nell' ernia, e dalla assenza di esso nello sventramento. Come conseguenza di questo carattere della posizione più o meno superficiale degl' intestini, noi noteremo che la ernia ombelicale è sempre peduncolata, mentre che lo sventramento è sempre sessile. Quindi, ove il tumore ombelicale presenti una forma conica, la base di esso corrisponderà all' anulo se tratterassi di sventramento, e vi corrisponderà la sommità nel caso di ernia. Io potei stabilire, non ha guari, questo confronto nel modo il più positivo: accanto alla donna di che sopra parlai, la quale offriva al di sotto la regione ombelicale uno sventramento conoide eravene un'altra che portava all' ombelico un tumore del pari conoide non dell' altro più piccolo. Questo tumore teneva all' ombelico per un sottil peduncolo. L'anulo ombelicale perfettamente circolare poteva ammettere tre dita. L' estremità libera formava la base rotonda del cono rappresentato dal tumore; questo frattanto restava pendente tra le due cosce, e mostravasi rigato da delle linee nere che io riconobbi essere il prodotto dell' uso dello scaldino. Notevole, a vero dire, si è la sottigliezza degl' inviluppi di queste ernie ombelicali voluminose; in esse direbbesi, che una pelle sottilissima e semi-trasparente è l' unico divisorio tra gl' intestini e l' aria esterna, ed è veramente a maravigliare, come in questi casi più frequente non osservisi la rottura del sacco, di cui Boyer riporta un singolare

» come fanno tutti gli altri muscoli: ma questo non è il momento di
» occuparsi delle accidentalità che accompagnano questa malattia. » (T. II, pag. 255 e 256.)

esempio. Alla donna di che sopra parlava, consigliai l'uso del sospensorio sostenuto da delle brettelle, ed il riposo in letto lungamente continuato, onde ottenere una diminuzione del tumore.

Accade talvolta la coesistenza dello sventramento coll'ernia ombelicale. Circostanza assai imbarazzante ove si tratti di dover circoscrivere il primo dalla seconda. Tale è il caso seguente da me osservato all'Hôtel-Dieu, nel marzo del 1815, quando era io interno alla sala delle operate nella clinica del Dupuytren.

Una donna, di avanzata età, vien trasportata moribonda all'Hôtel-Dieu. Mostrava essa all'ombelico un tumore enorme che sembrava costituito per la più gran parte dai visceri addominali. Di un color violetto era la pelle che lo ricopriva; enfisematico il tessuto cellulare succutaneo. Dupuytren non ardì tentare l'operazione, così disperato sembrandogli lo stato di questa ammalata, la quale infatti morì nella seguente notte.

Prima di procedere alla sezione, il Dupuytren domandossi, qual sarebbe stato il metodo da prescegliersi, supposto che lo stato del malato avesse dato campo a operare: il metodo ordinario era evidentemente da escludersi pel volume enorme del tumore, e per le aderenze che avrebber potuto unire gl'intestini tra loro, o al sacco. Premesso ciò, Dupuytren fu d'avviso, che in un caso simile, conveniva lo incider le pareti addominali a una piccola distanza dall'anulo ombelicale, introdurre le dita nell'addome, andare a riconoscere l'anulo e praticare lo sbrigliamento sul dito conduttore. Simil progetto di operazione fu immantinente messo in esecuzione sul cadavere; e la dissezione del tumore fece conoscere che gl'intestini, i quali d'altronde non mostravansi in conto alcuno alterati, aderivano tra di loro non meno che al sacco erniario. Ma ecco la circostanza importante di questo fatto: l'ernia ombelicale non costituiva nemmeno il terzo del tumore, intanto che gli altri

due terzi resultavano da uno sventramento ombelicale considerevole che formava la base dell' ernia.

Riguardo poi al progetto d'operazione proposto dal Dupuytren, io non posso a meno di confessare, come sia questo, secondo io ne penso, da ritenersi più quale una ispirazione del suo genio, che come una reminiscenza. Una pratica immensa e precoce avea assorbito tutti i momenti della vita di questo gran chirurgo, fino dai primi passi nella sua carriera chirurgica, per cui, mi sia permesso il dirlo, mancavagli il tempo a secondare colla riflessione le ammirabili facoltà della sua vasta intelligenza. Forse egli non curossi del processo operativo di Pigrai (*), il quale consiste nell'incidere l'addome, un mezzo pollice al di sopra dello strozzamento, facendo quindi col dito rientrare nell'addome stesso gl'intestini spostati, e quando ciò non fosse effettuabile, praticare, su di una sonda, o sul dito stesso una seconda incisione, estesa fino alla prima già fatta, compresovi l' anulo.

Ma tali sono gl'inconvenienti di questo metodo, che io credo, non sia mai stato in conto alcuno considerato dall' illustre chirurgo, e forse tra i suoi numerosi discepoli, io sono il solo a ritenerne memoria.

La pratica ordinaria del Dupuytren nelle ernie ombelicali voluminose consisteva nello incidere la pelle, quindi il sacco erniario in uno dei punti della circonferenza del tumore e nello sbrigliare l'anulo nel punto corrispondente. Con questo metodo egli evitava di mettere allo scoperto la massa considerevole d' intestini contenuta nel tumore, prevenendo così la fusione grassosa dell' epiploon, specie di cangrena che si impossessa della parte adiposa dell'epiploon

(*) *Epitome praeceptorum medicinae chirurgicae.* 1609.
Sabatier rammenta, che Bourset, il quale scriveva nel 1580, descrisse questa operazione, che egli più volte vide praticare, e maravigliasi molto che Eistero l'abbia attribuita a Chefelden.

e che estendesi talvolta fino alla porzione di questa membrana, contenuta nella cavità addominale.

Vero si è, che con questa pratica, può incorrersi nel caso che punto non venga tolta la causa dello strozzamento, quando essa, non esistendo all'anulo, possa venir costituita o da una briglia formata dall'epiploon, o da una appendice epiplooica, o da una aderenza filamentosa, che stringa una delle numerose anse dell'intestino spostato. Ma incorrasi pure in sì fatto rischio piuttosto che esporre il malato a una morte inevitabile pel solo fatto della operazione.

Finalmente nel trattamento di queste ernie, mai sarà bastantemente raccomandato al pratico lo andar guardingo dal confondere un'ernia ombelicale irreducibile complicata da peritonite, con un'ernia strangolata.

Spiegazione delle figure.

Il caso di ernia ombelicale rappresentato dalle tavole II e III, risguardava una donna della Salpêtrière, in età di sessant'anni, collocata nella sezione delle incurabili: questa donna facea mostra di sè alla altrui curiosità, esigendo una piccola retribuzione da chi desiderava vederla, mentre annunziava di presentare il singolare spettacolo (*) di una donna che viveva colle budella fuori del basso ventre; una specie di corazza in forma di doccia munita di guancialetti proteggeva l'ernia contro le violenze esterne, senza agire in conto alcuno, come mezzo contentivo. Asseriva l'ammalata di essere stata, in passato, operata all'Hôtel-Dieu dal Sig. Dupuytren, e le cicatrici CC, che si osservano a sinistra del tumore (tav. II) sembrerebbero dimostrare a sufficienza, che in detto punto erano state pra-

(*) Feci modellare il pezzo in cera, e lo' deposi nel museo Dupuytren.

ticate delle incisioni. In quanto poi alle linee bianche che si mostrano su diversi punti del tumore esse rassembrano piuttosto a delle screpolature o a delle cicatrici provenienti da una ulcerazione superficiale della pelle, anzi che a delle cicatrici estese a tutta la sostanza del derma. D'altronde non havvi di più comune della infiammazione della pelle assottigliata, la quale riveste le ernie ombelicali voluminose.

La tav. II dà un'idea esattissima dell'ernia, della sua divisione in due tumori uno a destra più piccolo, uno a sinistra più grande distinti l'uno dall'altro per un solco profondo verticalmente diretto. La sottigliezza degl'inviluppi dell'ernia è tale, che le circonvoluzioni intestinali mostransi come a disegno a traverso questi inviluppi medesimi, tanto che distinguesi patentemente l'intestino grosso IG dall'intestino tenue IT, IT; come pure si ha luogo di bene apprezzare, che il grosso intestino IG, da una parte formava il tumore destro, mentre, dall'altra, occupava la parte superiore del tumore sinistro.

Frattanto prima di devenire alla dissezione di questo tumore domandava a me stesso, se questo fosse un caso di due ernie ombelicali, o sivvero di una ernia biloculare; inclinava per l'ultimo di questi due supposti, fondandomi sulla frequenza delle ernie ombelicali moltiloculari e sulla relazione che sembrommi esistere tra il tumore destro e il tumore sinistro.

Abbenchè molto più rare dell'altro genere di ernie, le ernie ombelicali o piuttosto justa-ombelicali doppie non sono senza esempio, e tale è il caso che io qui sotto riporto comunicatomi dal Dupuytren.

Due ernie ombelicali, di cui una subisce lo strozzamento. — Incisione longitudinale sulla parte del tumore erniario che offre una fluttuazione gazosa. — Altra incisione longitudinale; quindi una terza trasversale per sbrigliare l'anulo. Si asportano molte anse intestinali cangrenate. — Morte. — Necroscopia.

La Sig. Bost in età di 45 anni, di floridissimo aspetto di salute; non avendo mai fatto figli, ricevè all'età di 20 anni, nella regione ombelicale, un calcio di cavallo, che fu immediatamente susseguito da un'ernia al di sopra dell'ombelico, e a cui si provvide con idonea fasciatura. Dopo qualche tempo, altra ernia presentossi al di sopra pure dell'ombelico, la quale si accrebbe in tutti i sensi, e andò a confondersi colla prima. L'applicazione di un sospensorio bastò a sostenere questa massa enorme che d'altronde arrecava piccolissimo incomodo.

Il 14 nevoso, an. XII, l'ernia si strozza in uno sforzo che fa l'ammalata; dichiaransi i sintomi di strozzamento, ed invano un chirurgo tenta di ridurre il tumore. L'ammalata entra all'Hôtel-Dieu il 19, cinque giorni dopo lo strozzamento: il tumore avea il volume e la forma di un cappello, e teneva all'addome per un sottil peduncolo. Piccolo il polso; fredde le estremità: sembra imminente la morte. Si prescrive una pozione calmante, che viene immediatamente vomitata. (Non si procede alla operazione stimandosi il caso affatto disperato.)

Il 20: medesimo stato. Pozione teriacale.

Il 21, settimo giorno dallo strozzamento: miglioramento nello stato dei polsi; scorgesi al di sotto e a destra dell'ombelico un crepitio gazoso, sul quale punto praticasi una incisione longitudinale. Aperto il sacco erniario, presentasi una massa epiploica considerevole che si asporta sen-

za alcuna effusione di sangue; allora introdotto il dito nel sacco, giungesi a scorgere che la detta porzione di tumore non è che un'appendice del tumore principale; per il che crediamo bene di sbrigliare l'apertura anulare che separava tra loro queste due masse, abbenchè restasse evidente, non esser l'anulo ombelicale la causa dello strozzamento.

Una seconda incisione longitudinale vien praticata a sinistra e in alto, ove scorgevasi una manifesta fluttuazione; presentasi una massa epiploica come scirrosa, addossata su molte anse intestinali. Per disimpegnare le parti, fummo obbligati di fare un'incisione trasversale la quale permettesse di portare il bisturino bottonato concavo in alto e al di fuori.

Si asportano molte anse intestinali cangrenate, al di sotto le quali altre se ne presentano che si mostrano aderenti tra loro. (Pozione teriacale; clistere; siero.) Vomiti nel resto del giorno e nell'indimani; niuna evacuazione alvina. I sintomi morbosi aumentano d'intensità. Il 23, nove giorni dopo l'operazione, accade la morte della Bost.

Necroscopia. — Tolta la pelle per mezzo di un incisione circolare al tumore, presentansi due ernie ben distinte. La superiore costituita dalla porzione adiposa dell'epiploon e della grossezza di un pugno non era punto strozzata; l'inferiore poi resultava da una gran porzione di epiploon e da un'ansa intestinale di un piede di lunghezza, mentre il resto dell'epiploon e dell' intestino erano situati circolarmente attorno l'ombelico, in modo da imitare un tumore circolare. Il sacco finalmente, che era peduncolato, presentava della cellulosità nella quale venivano ricevute le parti spostate.

La tav. III rappresenta colla fig. 1 il sacco erniario aperto e la massa intestinale esistente nella sua cavità. Si ha quindi luogo di osservare, che al solco verticale rappresentato dalla tav. II, corrisponde una briglia fibrosa fal-

ciforme B, che stabiliva la linea di demarcazione tra i due tumori: le parti contenute consistono in molte circonvoluzioni dell'intestino tenue e nel colon trasverso CC, apprezzabile pel suo volume, e per le sue appendici di adipe, che costituiscono la parte superiore del gran tumore e la quasi totalità del piccolo. Niuna aderenza esisteva nè tra le circonvoluzioni intestinali, nè tra queste ed il sacco erniario.

Il sacco peritoneale lasciossi separare dalla pelle in tutta la sua estensione, fuori che nel punto corrispondente alla cicatrice profonda che noi vedemmo esistere a sinistra del tumore. La qual circostanza stabilisce, che una incisione avea avuto luogo in questa parte del sacco, ossia che era stata praticata una operazione anteriore, la quale avrebbe consistito in una incisione a sinistra del tumore, e nello sbrigliamento dell'anulo. Supposto, che punto viene smentito dalla mancanza di aderenza delle circonvoluzioni intestinali sia tra loro, o tra di esse e le pareti del sacco, mancanza di aderenza che sembrerebbe stabilire che il sacco peritoneale non fosse stato aperto; poichè infatti è ormai noto, che un metodo operatorio preconizzato per le ernie in generale e per la ernia ombelicale in particolare, consiste a incidere gli inviluppi delle ernie, meno il sacco erniario, ed a sbrigliare l'anulo al di fuori del sacco; di più, non è bastantemente dimostrato, che delle aderenze sieno il resultato necessario di una incisione del peritoneo; ciò che andavanmi confermando alcune esperienze di enterorafia da me eseguite sugli animali, nei quali fui non poco sorpreso dal vedere che, in molti casi, le anse intestinali messe allo scoperto non aveano contratto alcuna aderenza colla parete addominale anteriore.

La fig. 2 della tav. III, rappresenta l'apertura per la quale erasi prodotta l'ernia. Questa apertura circolare AO veniva evidentemente costituita dall'anulo ombelicale poichè la vena ombelicale VO o piuttosto il cordone ligamentoso che la

riempiva nell'adulto, vedevasi impegnato nella parte superiore dell'anulo. In quanto ai piccoli cordoni ligamentosi che rappresentano l' uraco e le arterie ombelicali, non trovai di essi altro vestigio, che un piccolo cordone penetrante nella parte inferiore dell'anulo stesso. Finalmente farò osservare come, nelle donne che han fatto molti figli, l'uraco e le arterie ombelicali restano talmente atrofizzate, che non altro riscontrasi al loro posto se non che alcuni filamenti fibrosi sparsi più qua e più là.

Fascicolo 48.

MALATTIE DELLE OVAJA.

Ciste areolare

(Tavola I.)

La ciste rappresentata dalla tav. I avea appartenuto a un individuo, su cui non pervennemi notizia di sorta. Certo però si è, che questa ciste erasi ingenerata a spese dell' ovaja destra, poichè essa teneva manifestamente all' utero per mezzo di un cordone fibroso, lungo e sottile, che nasceva dal bordo corrispondente dell' utero stesso nel punto preciso d' onde distaccasi il ligamento delle ovaja.

Mostrasi inoltre in questa tavola la tromba uterina destra singolarmente ipertrofizzata alla sua estremità uterina, a segno tale da imporne per la continuazione dell' utero stesso: circonda essa la parte superiore del tumore, e vi aderisce, modellandosi sullo sferoide che detto tumore rappresenta; quindi dopo un tragitto che suppone un notabile allungamento, terminasi assottigliandosi.

In grazia di questa particolar disposizione della tromba e di quella specie di attrazione da essa esercitata sull' utero U, quest' ultimo organo era divenuto notabilmente deforme. Quindi per l' istessa ragione il ligamento rotondo sinistro LR trovavasi ipertrofizzato.

Il tumore dell' ovaia presentava due parti ben distinte

1.ª una gran ciste uniloculare che formava il terzo superiore del tumore, e di cui i frammenti CO, CO furono conservati; 2.ª un tessuto areolare che costituiva i due terzi inferiori del tumore, e la di cui sezione trovasi esattamente rappresentata dalla figura.

Più di quello che io potrei fare con una descrizione, la tavola I rende tutte le varietà di forma e di aspetto che presentano le cellule, le quali formano due gruppi ben distinti uno superiore, l'altro inferiore, suscettibili di esser tra loro divisi. Queste cellule che rappresentano con esattezza un alveare di miele, erano tutte ripiene da un liquido albuminoso, della consistenza e dell'odore della chiara d'ovo, trasparente nella maggior quantità delle cellule, biancastro in alcune di esse soltanto.

La sezione del tumore presenta alcune cellule aperte, altre ne mostra chiuse; di più la maggior parte di queste cellule sono completamente isolate tra loro, eccettuato un picciol numero che offrono una qualche reciproca comunicazione, nel quale ultimo caso, gli orifizj di comunicazione sono piccoli e come se fossero stati fatti da un bisturino, mentre nel caso di separazione delle cellule tra loro, i setti divisorj resultano sempre da due lamine, ciascuna delle quali appartiene alla cellula corrispondente. Queste lamine sono di natura fibrosa, resistentissime, semi-trasparenti, sottili in alcuni punti, grosse in altri. Finalmente in questa sezione si ha luogo di apprezzare la diversa grossezza e la diversa disposizione delle pareti delle cellule stesse.

Le più considerevoli di queste cellule e soprattutto le cellule oblonghe, presentano spesso delle valvule o ripiegature, ora paralelle, ora perpendicolari alle loro pareti. In qualche punto si osservano due valvule intieramente simili alle valvule venose.

Nel caso in discorso, il tumore venìa costituito, quasi in totalità, dalle areole: nel caso seguente, che io ebbi luogo di osservare nel tempo stesso che il già descritto,

l'ovaja mostravasi trasformata in una gran ciste, dalla faccia interna della quale nascevano delle vegetazioni sferoidali più o meno considerevoli, di una struttura areolare: quindi in qualche tratto della loro estensione mostravano queste pareti stesse entro la loro spessezza una specie di focaccia areolare rappresentante colla più grande esattezza la forma e l'aspetto della placenta.

Una donna della Salpêtrière, in età di 60 anni, portava, fino da molto tempo, un tumore nell'addome, che era gradatamente pervenuto a tal volume, da render difficilissimo il moto di progressione. Abbenchè incessantemente invitato dalla ammalata ad operarla, io non mi vi accinsi se non che quando il deperimento, l'insomnio, l'oppressione di respiro, il continuo soffrire non mi annunziarono, che non era più il tempo da lasciarsi imporre da inconvenienti probabili nella puntura dell'addome.

Frattanto l'esplorazione di questa cavità lasciò scorgere, che nella parte inferiore della ciste esistevano delle masse bernoccolute, estremamente dure, facili a lasciarsi isolare l'una dall'altra; circostanza che ne rendeva accorti, doversi evitare, nel praticar la puntura, la parte dell'addome corrispondente alla sede di detti tumori, e però devenendo alla operazione, non fu prescelto il punto ove generalmente suolsi immergere il tre quarti, e l'istrumento fu spinto, in questo caso, nella linea alba.

Per bene otto volte a intervalli più o meno lunghi, praticossi in questa donna la paracentesi, ed ella potè sempre riacquistar le forze, l'appetito e la facoltà di camminare. Consecutivamente ad ogni operazione il tumore riscontravasi ridotto a delle masse dure, mobili le une sulle altre, che costituivano circa la quarta parte del suo volume.

Sconcerti morbosi di vario genere sopraggiunsero costantemente e immediatamente alla esecuzione della paracentesi: così, ora si vide l'ammalata offrire tutti i sintomi della più

intensa peritonite, la quale cedè intieramente e fu susseguita da perfetta guarigione in forza di energica cura antiflogistica; altra volta sopraggiunse la pleuritide a destra la quale pure superossi coll'istesso metodo curativo.

Dopo l'ottava paracentesi una infiammazione sub-acuta addominale, la febbre lenta, i dolori, fecermi sospettare di una flogosi della ciste; sopravvenienza morbosa assai frequente in questi casi, e per cui riguardai sempre la pacentesi nell'idropisia saccata dell'ovaja, assai più da temersi che nell'idrope ascite ordinaria.

Intanto l'ammalata affatto esinanita e febbricitante, andava sollecitando con molta istanza la nona paracentesi, alla quale mi decisi finalmente, persuaso d'altronde che la evacuazione del liquido potea di qualche giorno prolungare la vita della paziente. Fu allora che io acquistai la convinzione della esistenza della infiammazione della ciste, poichè mentre nelle pregresse operazioni il liquido evacuato erasi mostrato sempre albuminoso e perfettamente trasparente, in questa ultima invece, presentavasi torbo e mescolato a del pus. — L'ammalata dopo un apparente alleviamento di qualche giorno mancò alla vita.

Nella consecutiva necroscopia (*) riscontrammo, che la ciste aderiva alle pareti addominali per dei nessi cellulosi, facili a lasciarsi distruggere, previa la più leggiera trazione. Apertasi spontaneamente la ciste, per esser caduta sul suolo, lasciò fluire una quantità grande di un liquido torbo, simile a quello ottenuto dalla ultima paracentesi.

Le pareti della ciste vedevansi tappezzate da una falsa membrana; ciò che congiunto alle qualità del liquido contenuto nella sua cavità, non lasciava il minimo dubbio sulla esistenza della flogosi.

(*) Quest'ovaja fu presentata alla società anatomica dal Sig. Pigné, Interno alla mia clinica (Società anatomica, buillet n.° 13, 3.ª serie, dec. 1836, pag. 298).

Dalla superficie interna di questa ciste nascevano molti tumori sferoidali d'inegual volume. Il più piccolo di essi era del volume di una nocciuola, il più grosso eguagliavasi ad una mela. Aderenti alla ciste per mezzo di un grosso peduncolo, presentavano una superficie levigata, semi-trasparente, la quale permetteva di stabilire, prima che fosse praticata qualunque incisione, la disposizione areolare o cellulosa del loro tessuto.

Quindi la loro sezione ne mostrava venire essi costituiti da delle cellule di diversa capacità, non comunicanti tra loro. Ove fossesi aperta una di queste cellule, vedevansi le altre vicine far prominenza in essa, dandole così una forma cuboide.

Le pareti di queste cellule erano resistentissime, in alcuni punti, trasparenti, in altri, opache. Di struttura fibrosa, raccoglievano nelle loro cavità del liquido, che nel più gran numero di esse mostravasi trasparente e albuminoso, in altre, torbo e purulento; ciò che stava a provare, che i tumori in discorso aveano in qualche modo partecipato alla flogosi delle pareti della ciste. Inoltre, indipendentemente da questi tumori sferoidali che sporgevano dalla faccia interna del sacco, le pareti della ciste contenevano entro la loro spessezza, un tessuto areolare configurato come una placenta, ritenendone anche la forma, e le apparenze.

Lo studio comparativo delle cisti areolari delle ovaja con quello delle cisti idatiformi della placenta e con quello dei tessuti cavernosi, dava luogo al quesito: se queste cisti areolari fossero a considerarsi come formate a spese delle vene ovariche prodigiosamente sviluppate, e le quali, persa qualunque comunicazione col rimanente del sistema venoso, ritener si dovessero come organi di esalazione morbosa e viventi di una vita propria, piuttosto che organi di circolazione.

Su di che andava io considerando, primieramente la

evidente analogia tra questi morbosi tessuti ed i tessuti detti cavernosi o erettili, solo esistendo una differenza, che nella ciste mancava la comunicazione delle cellule tra di loro, la quale si rinviene, come ognuno sa, nei tessuti cavernosi. Però sotto un tal rapporto di comunicazione di cellule, le cisti areolari delle ovaja presentano un gran numero di varietà; tanto che vi han dei casi, nei quali dette cellule sono completamente tra loro isolate; altri in cui la comunicazione non esiste che in un picciol numero di esse; in alcuni finalmente, tutte le cellule hanno una libera e scambievole comunicazione.

Dopo di che riflettendo, che le idatidi placentarie sono evidentemente formate a spese dei vasi (ved. fasc. I, ove io non determinai a spese di quale ordine di vasi), venìa nell'avviso, che se non come assolutamente stabilito, almeno come compreso nei limiti di un'induzione legittima, ritener doveasi, che le cisti areolari delle ovaja, han la sede loro nella rete erettile venosa di quest'organo.

MALATTIE DEL CERVELLO

(Tavola II).

Tumori cancerosi e tubercolari.

Spiegazione delle figure.

La fig. 1 rappresenta un tumore canceroso sviluppato a spese del lobo occipitale dell'emisfero destro del cervello e più particolarmente delle circonvoluzioni inferiori di questo emisfero. Questo tumore che per la sua faccia inferiore aderiva alle membrane del cervello, erasi ingenerato nella sostanza e a spese del lobo occipitale; o anche, sviluppato nel tessuto cellulare della pia madre, avea depresso la superficie del cervello, in modo da formarsi una cavità pel solo abbassamento della sostanza cerebrale. Abbenchè assai malagevole riesca talvolta il distinguere l'una dall'altra queste due sedi differenti dei tumori cerebrali, nel caso attuale però havvi molta probabilità ad ammettere, che lo sviluppo del tumore abbia avuto luogo a spese del tessuto cerebrale stesso; poichè ove si fosse trattato di una semplice depressione della sostanza encefalica, un qualche vestigio di sostanza grigia sarebbesi rinvenuto; sarebbesi mostrata la pia madre tra il tumore ed il cervello; e qui all'incontro, il tumore vedevasi immerso entro la sostanza bianca. Per il che sembrava assai ragionevole lo ammettere, che il tumore fossesi originariamente formato nella porzione superiore della sostanza del lobo occipitale, e che

lo strato sottile che lo separava dalle membrane, rimasto fosse atrofizzato o distrutto.

La sostanza bianca che circondava il tumore avea subìto fino a gran distanza, un rammollimento gelatiniforme di un colore leggermente giallastro.

Niuna notizia pervennemi risguardante il soggetto di questa osservazione; ma dietro casi analoghi a questo si rende assai presumibile che questo individuo fosse andato soggetto a un dolore occipitale, abituale e permanente, o remittente, o intermittente; al torpore degli arti; alla inattitudine pei lavori intellettuali e forse ancora ai meccanici, probabilmente ad una emiplegia incompleta, e finalmente ad un improvviso accesso epilettiforme terminato colla morte.

La fig. 2. rappresenta l'emisfero sinistro del cervello di un giovine soldato di 21 anno, del quale ecco qui la succinta istoria. Fino da lungo tempo questo giovane lagnavasi di leggiero dolor di capo, pel quale erasi più volte costituito allo spedale; ma come egli era abitualmente torpido ed apatico, fu riguardato come un malato immaginario e come tale trattato. Dopo qualche giorno morì improvvisamente.

Alla necroscopia, riscontrossi (fig. 2) nella sostanza del lobo posteriore del cervello, dal lato della faccia convessa, un tumore voluminosissimo, che estendevàsi, in alcuni punti, fino alle membrane del cervello, mentre nel rimanente tratto della sua estensione vedevasi da esse membrane diviso per mezzo di un sottile strato di sostanza cerebrale. I numerosi tubercoli da cui era ricoperta la superficie di questo tumore approfondavansi entro la sostanza bianca rammollita, da cui assai malagevole riesciva il separarli completamente.

A molta distanza estendevasi il rammollimento della sostanza cerebrale circumposta. Del rimanente, il tumore avea un color bianco sulla sua superficie, eccettuati alcu-

ni punti, ove presentava delle tracce di apoplessia capillare; internamente però era di un color bianco grigiastro, e di una estrema durezza. Nella sua sezione, che vien rappresentata dalla fig. 2, mostrasi di un color grigio pallido, e per entro la sua sostanza si scorgono qua e là dei vasi estremamente sottili, visibili soltanto nel momento del taglio del tumore. Uno strato sottile semi-trasparente, applicato sopra un vetro e visto contro luce, presentava l'aspetto reso dalla fig. 2.'

Questo tumore è per me da collocarsi nella classe delle lesioni tubercolari.

La fig. 3. rappresenta un tumore che io trovai entro la sostanza bianca rammollita del cervello di un individuo, su cui manco affatto di qualunque notizia. La sezione di questo tumore non fu mezzo sufficiente a farmi palese la natura di esso, e qui forza è pur confessare, che sommamente difficoltosa è la classazione dei tumori cerebrali, perchè, ad eccezione delle malattie tubercolari, un gran numero di produzioni organiche sviluppate in seno di quest'organo, offrono dei caratteri non mai abbastanza distinti. In fatti rarissimo avviene che si presenti un tumore cerebrale con tutti i caratteri dei tumori detti encefaloidi.

Riflessioni. — All'articolo *Fungo della dura-madre* noi potemmo constatare: che questa lesione organica, ora risiedeva nelle ossa del cranio, ora nella dura-madre; che la lesione delle ossa del cranio avea per punto di partenza il tessuto adiposo midollare della diploe; che i funghi della dura-madre nascevano, alcuni dalla faccia esterna di questa membrana, progredendo dal lato delle ossa, le quali non tardavano a venir da essi consumate e distrutte; altri, dalla faccia interna di questa membrana, dirigentisi, nel loro aumento, dal lato del cervello che essi comprimevano in modo da creare entro la sua sostanza, una cavità più o meno profonda. Finalmente nel medesimo articolo noi vedemmo

che questa lesione dovea riportarsi alla classe delle malattie cancerose.

Ora i tumori cancerosi e tubercolari del cervello, come tutte le produzioni accidentali di quest'organo ponno aver per sede, sia il tessuto cellulare sub-aracnoideo, sia la sostanza cerebrale stessa. Nè manca il fatto in cui un tumore di tal natura videsi risiedere nei plessi coroidei.

In quanto poi ai loro effetti immediati sulla massa encefalica i tumori cancerosi o tubercolari del cervello, come tutti i corpi idonei ad esercitare una compressione su quest'organo, possono assumere notabilissimo sviluppo, senza annunziarsi per il benchè minimo sintoma morboso; così, la necroscopia mostrò la esistenza di essi in alcuni individui, che senza offrire, durante la vita, alcuno sconcerto idoneo a caratterizzarli, soccombettero a malattia di tutt'altro genere.

Tale era il caso, di cui il Sig. Dott. Sestiè rese partecipe la Società anatomica. L'individuo cui spettava la osservazione, perduranti i tre mesi del suo soggiorno allo spedale, non presentò altro sintoma che un catarro polmonare cronico, con gorgoglio a piccole bolle, e una diminuzione di sonorità del torace alla percussione. Mancato alla vita per la malattia polmonare, senza che alcun fenomeno morboso giammai emergesse dalla cavità del cranio, alla consecutiva necroscopia riscontrossi: una dilatazione considerevole ma uniforme dei canali bronchiali con dilatazione pisiforme alle loro estremità, un rossore intenso della muccosa bronchiale e un indurimento del tessuto polmonare attorno le nominate dilatazioni. Nel cervello poi mostraronsi due ascessi saccati, contenenti un pus verdastro e fetido, occupanti, uno, la faccia interna dell'emisfero destro, non lungi dalla estremità posteriore; l'altro, la faccia esterna e inferiore dell'altro emisfero, presso a poco all'istesso livello. La ciste del primo ascesso, il di cui volume eguagliava quello di una grossa noce, avea grosse

pareti e veniva costituito da una pseudo-membrana, percorsa da dei vasi; rammollita mostravasi la circumstante sostanza cerebrale. L' altro ascesso, più considerevole del precedente ed egualmente superficiale, avea una ciste meno grossa: comunicava col ventricolo corrispondente a traverso la gran fenditura cerebrale. Il plesso coroideo era infiltrato di pus.

I commemorativi annunziavano: che l' individuo, soggetto di questa osservazione, tre anni avanti avea fatto una caduta, nella quale avea validamente percosso il capo, e quindi avea perso la cognizione.

Frattanto male conciliavansi coll' assenza di qualunque sintoma morboso emanante dal cervello, ed il rammollimento dello strato cerebrale che circondava il primo ascesso e la comunicazione, probabilmente di recente data, tra il secondo ascesso ed il corrispondente ventricolo laterale.

Dell' istesso genere era pure il caso di una giovine di 17 in 18 anni, la quale morì di una tise polmonare senza aver mai offerto alcun sintoma morboso proveniente dal cervello. Questo viscere, che fu presentato alla Società anatomica nel decembre del 1833, offriva nella cavità digitale destra un tumore del volume di un ovo di gallina, senza alcuna aderenza colle pareti della nominata cavità, la quale per altro mostravasi percorsa da vasi più numerosi e più sviluppati dell' ordinario. Inoltre il tumore aderiva intimamente al plesso coroideo, a spese del quale era ingenerato; di un color rosso e come granuloso, mostrava esso la più grande analogia coi tumori cancerosi formati entro il tessuto cellulare sub-aracnoideo.

In altri casi, i tumori cerebrali non manifestano la loro presenza che per una emiplegia così istantanea, quale sarebbe la emiplegia apoplettica, per cui riguardansi tali casi unicamente come apoplessie; in essi emettesi facilmente un pronostico non assolutamente infausto, mentre sovrasta imminente pericolo di vita. Infatti la emiplegia

tiene non alla compressione esercitata dal tumore, ma piuttosto ad una lesione consecutiva della circumstante sostanza cerebrale, lesione che può consistere o in una apoplessia con fuocolare, o in una apoplessia capillare, o in un rammollimento poltaceo o gelatiniforme, o finalmente in una flogosi. E qui ciascun vede quanto grave e come affatto irrimediabile sia da ritenersi una lesione di questo genere, provocata e mantenuta dalla presenza di un tumore, mentre che ove la si trovi da esso staccata, assai presumibile si rende, che detta lesione proceda con un andamento del tutto indipendente, e giungere possa ancora ad una perfetta guarigione.

Una circostanza idonea a portar qualche luce nel diagnostico di questi tumori cerebrali si è, la presenza in altre parti di una malattia cancerosa o tubercolare. Così, fu istantaneamente sorpresa da emiplegia una donna della Salpêtrière, attaccata da cancro dell'utero. Mancata essa alla vita dopo qualche giorno, riscontrai nel centro di un rammollimento bianco poltaceo un grosso tubercolo canceroso.

Su di che giovi qui lo avvertire, che il cancro dell'utero, della mammella o di altri organi non preservando punto dalle lesioni acute del cervello, può una donna cancerosa venir sorpresa da emorragia cerebrale o da rammollimento, indipendentemente da qualunque tumore canceroso nel cervello. Ciò potei io osservare, non ha guari, in una donna attaccata da cancro dell'utero con ostinata diarrea. Affliggevala inoltre, fino da tre giorni, una considerevole emorragia che rese necessario l'uso degli astringenti. Tutto in un tempo: emiplegia a destra con flaccidità di membra ed insensibilità all'applicazione sulla cute dei più forti stimoli; perdita della intelligenza.

Alla necroscopia: rammollimento, colore ortensia, della sostanza grigia del più gran numero delle circonvoluzioni dell'emisfero sinistro.

In generale, gli sconcerti cerebrali che resultano dalla

presenza di un tumore nell'encefalo, hanno più la forma epilettica o convulsiva, che la forma apoplettica. Tale è il caso che qui sotto riporto. (*)

Giov. Battista Blanc, di 27 anni, Capitano nell'11.° d'infanteria leggiera, di temperamento sanguigno, di atletica costituzione, entrò, il 29 decembre 1833, allo spedal militare di Gros-Caillou per una blenorragia. Il 22 gennajo sopraggiungono dolore al capo e abbagliori di vista, il polso è pieno, la faccia pletorica, salasso di 12 once; piedi luvj senapati. Non restava al Blanc che del dolore vagante di testa, quando il 1 febbrajo, a otto ore di sera, esso viene istantaneamente sorpreso da convulsioni epilettiformi, delle quali non partecipava la faccia, ma che mostraronsi meno forti a sinistra che a destra; insensibilità a qualunque più forte stimolo; pupille ristrette e immobili; non spuma alla bocca. (Generosa sanguigna dal piede). — Ritorna la calma; il malato accusa della cefalea, quindi si abbandona al sonno, nel quale il respiro non si fa punto rumoroso.

Verso le quattro ore del mattino, nuovo accesso convulsivo; morte a sei ore.

La necroscopia mostrava le vene cerebrali e i seni della dura madre ingorgati da una gran quantità di sangue. Il lobo anteriore dell'emisfero destro era occupato da voluminoso tumore ovoide, che mostrava essersi sviluppato nella sostanza dell'emisfero stesso, e che estendevasi fino al corpo striato. Questo tumore venia costituito da una specie di guscio duro, contenente una sostanza molle, simile a della chiara d'ovo condensata. Mancommi qualunque dettaglio sul carattere positivo di questo tumore.

Come i tubercoli del cervello sono, in generale, l'appannaggio dell'infanzia, mostrandosi raramente al di là dei

(*) Comunicato dal Sig. Combes Infermiere maggiore allo Spedale Gros-Caillou (Clinica del Sig. Devergie).

venticinque anni; così i tumori cancerosi di questo viscere costituiscono il corredo dell'età avanzata, ed è caso assai raro, che si riscontrino prima dei 40 anni. Merita perciò special menzione il caso da me osservato, di tubercoli esistenti in una donna di circa 65 anni di età, afflitta da mania, la quale veniva caratterizzata da continue clamorose grida esprimenti la più viva collera.

Questa donna, che io curai pel corso di dieci mesi, andò grado a grado, deperendo senza causa manifesta, mantenendosi sempre maniaca. Ricusossi costantemente a lasciarsi tastare il polso, e sempre mi respinse ogni volta che me le approssimava. Finalmente mancò alla vita.

La necroscopia mostrava la dura-madre aderente al cervello sulla parte media dell'emisfero sinistro, in prossimità del seno longitudinal superiore; aderenza stabilita da una placca tubercolare rotonda, un poco meno grande di una moneta di dieci soldi. Una sezione del cervello paralella a questa aderenza ne offerse otto tubercoli rotondi di un bianco grigiastro, del volume di un grosso granello d'uva, situati nelle anfrattuosità e aderenti alla sostanza grigia, la quale peraltro mostravasi intatta. La cavità digitale avea per se sola tanta lunghezza, quanta è la lunghezza della parte superiore del ventricolo laterale.

Ora si domanderebbe se i tubercoli sviluppati alla superficie, o nella sostanza del cervello sieno suscettibili di guarigione.

Ben poco fino ad ora occuparonsi gli autori di simil quesito. Dal canto mio, giudicando per analogia, ritengo come uno degli esiti dei tubercoli cerebrali, la seguente alterazione osservata in una giovine di 19 anni, la quale sorpresa istantaneamente da convulsioni, soccombè dopo due o tre giorni.

Alla necroscopia riscontraronsi molti tubercoli superficiali risiedenti, in parte, nella sostanza grigia e contenuti in delle cisti, le quali altro non erano che tanti sacchi fi-

brosi a grosse pareti infiltrate di fosfato calcare; oltre la materia tubercolare quasi concreta, riscontravansi in queste cisti delle pagliette di colesterina e delle concrezioni calcaree. Finalmente tra questi tubercoli eravene uno il quale rendeasi rimarchevole per un sacco fibroso contenente una grossa massa calcarea irregolare.

Così, tanto nei tubercoli polmonari come nelle glandule linfatiche addominali degenerate avviene frequentemente la guarigione pel pervertimento di essi in cisti cretacee, o fosfatiche. Solo in quanto ai tubercoli cerebrali resta a considerarsi, che questo istesso modo di guarigione, il quale va scevro da inconvenienti nel viscere polmone, tale non può riescire nei tubercoli del cervello, ove unicamente per la sua presenza un sol corpo estraneo comunque inerte esso sia, fassi causa di convulsioni, di accessi epilettici, inducendo anche la morte per effetto di una lesione delle meningi o della sostanza cerebrale.

MALATTIE DEL RETTO.

(Tavola III.)

Spiegazione delle figure 1 *e* 1'. 2 *e* 2.'

Le figure 1 e 1' rappresentano un pezzo patologico indirizzatomi dal mio illustre Collega sig. Boyer, il quale estirpato questo tumore che formava come una specie di cercine attorno l' orifizio anale, me l' inviava onde consultarmi sulla natura della malattia, che da esso riteneasi come una degenerazione cancerosa della estremità inferiore del retto o semplicemente della muccosa spostata.

La fig. 1 mostra il nominato cercine corrispondentemente alla regione dell' ano, di un color rosso violetto e coperto di false membrane, con nel suo centro l' orifizio O.

Nella fig. 1, che rappresenta la sezione verticale del tumore, si ha luogo di bene apprezzare, come esso non consista in altro se non che in un rovesciamento o invaginazione, non solo della membrana muccosa, ma puranco di tutta la parete dell' intestino; rovesciamento il quale avea avuto luogo nella parte inferiore del retto spostato dal basso in alto, e non dall' alto in basso: tanto che chiaro appariva, che lo spostamento avea incominciato dalla porzione d' intestino in prossimità dell'ano, ed avea continuato progressivamente dal basso in alto.

Questa istessa sezione ne lascia scorgere fino a qual punto le pareti del retto fossero ipertrofizzate: quindi le sottostanti membrane muccosa e fibrosa si veggono rap-

presentare come un tessuto vascolare erettile, ripieno di grumi sanguigni, nel centro dei quali esistono delle fleboliti; sommamente ingrossata è la membrana muscolare. Finalmente le vene varicose che occupano il tessuto cellulare esterno al retto, mostransi ripiene di fleboliti, alcune delle quali sono voluminosissime.

Non è dunque altra cosa il tumore anale rappresentato dalle figure 1 e 1', se non che una invaginazione della parte inferiore del retto, congiunta a notabile ipertrofia di questo intestino, a varicosità delle vene, a fleboliti, senza alcuna traccia di degenerazione cancerosa; cosicchè il malato era al sicuro da qualunque recidiva. In quanto poi alle cause della ipertrofia, esse rinvengonsi bastantemente nel fatto dello spostamento dell' intestino, nella contrazione dello sfintere sulle parti spostate, nella irritazione prodotta dal contatto delle vesti e forse da delle pressioni frequenti e da dei tentativi reiterati di riduzione, finalmente nella infiammazione abituale, resultato necessario di tutte queste influenze.

Le figure 2 e 2' rappresentano la parte inferiore dell' intestino retto di una donna, di cui l' ano mostravasi circondato da vegetazioni molli T E, T E, formanti un cercine sfrangiato assai considerevole. Quindi nella spessezza delle pareti dell' intestino si vedevano molte varici V, V, ripiene di sangue concreto, nerissimo.

La fig. 2 mostra i dettagli di queste vegetazioni. Di più, alcune cicatrici, una briglia B e delle piccole vegetazioni, attestano che l' estremità inferiore dell' intestino fu sede di una irritazione lungo tempo continuata.

La fig. 2' rappresenta una sezione del cercine emorroidale, il quale resulta da un lasso tessuto fibro-celluloso, rivestito da una membrana vascolare, di una natura partecipante e della pelle e delle membrane muccose; dal che agevole è il concepire, quanto facilmente questo tessuto abbia potuto infiltrarsi, indurirsi, degenerare.

Riflessioni. — Non vi ha cosa più frequente che il veder nascere dall' ano dei prolungamenti ordinariamente flaccidi e come rugosi, simulanti talvolta pei meno avveduti, le vegetazioni sifilitiche. Questi prolungamenti, che costituiscono una specie assai particolare di emorroidi, formano talvolta un doppio cerchio concentrico, una specie di collare increspato, dal quale uopo è separare ed esaminare successivamente una ad una, le frangie o suddivisioni, se vogliasi apprezzare esattamente la maniera di essere di questi tumori.

La struttura cellulosa di queste vegetazioni emorroidali permette loro di acquistare rapidamente un gran volume, in forza di un infiltramento sieroso o sanguigno che in esse si stabilisce; infiltramento che frequentemente si fa causa di flogosi, la quale può vincersi cogli antiflogistici, colla posizione orizzontale, coi clisteri ammoglienti, coi bagni.

Gl' incomodi ai quali dà luogo la presenza di questi tumori sono numerosissimi, tanto che le persone che ne vanno afflitte (e sono i più) dimandano istantemente di esserne liberate colla estirpazione. Ma, eccettuato il caso di degenerazione imminente o già stabilita di uno o di molti di questi tumori, io sempre mi ricusai al richiesto processo operatorio, avendo in mente i resultati della sezione delle emorroidi, l' emorragia, cioè, che ne è la ordinaria conseguenza e la flebite che in qualche caso non mancò di svilupparsi.

Così, qualunque prudente pratico tutt' altro che cosa di poca entità dovrà ritenere la excisione delle emorroidi, accingendovisi solo dietro speciali e ben constatate indicazioni, e dopo essersi munito di un caustico attuale onde cauterizzare colla massima precisione le piccole piaghe resultanti dalla excisione di questi tumori. Per aver trascurato quest'ultima cautela del cauterizzamento, i pratici i più distinti han dovuto perdere i loro malati, rimasti vittime di una emorragia, tanto più grave in quanto che era in-

terna. Infatti le emorragie dei tessuti erettili non si arrestano che col cauterizzamento.

Frattanto a prevenire la necessità della excisione delle vegetazioni anali sono mezzi ordinariamente valevoli, le lozioni coll' acqua fredda o coll' acqua leggermente alluminosa, le unzioni col burro di caccao; lo evitare la stipsi e gli sforzi ai quali essa porta necessariamente, per mezzo dei clisteri, e di pillole aperitive prese a quando a quando.

Spiegazione della figura 3.

La fig. 3. rappresenta il retto di una donna, che fu ammessa alla Salpêtrière, come attaccata da cancro di questo intestino. Senza alcuno ostacolo effettuavasi la defecazione; per mezzo dell' introduzione del dito potè constatarsi che il cancro non occupava se non che una parte della circonferenza del retto; un flusso purulento, fetido, d'odore canceroso faceasi per l' ano; il dolore in questa parte non era intenso. Questa donna morì di malattia affatto estranea alla affezione del retto.

Alla necroscopia potei osservare, come la degenerazione occupasse la parte inferiore dell' intestino; come essa mostrassesi perfettamente limitata, abbenchè attaccasse l' intestino a tutta sostanza nel punto ove essa risiedeva. Quindi la superficie interna SU presentavasi ulcerata e coperta come da dei resti di cangrena. Finalmente la sezione della porzione degenerata offriva un color grigiastro, uniforme, non presentante tanto manifestamente l'aspetto areolare come sogliono presentare ordinariamente i tumori cancerosi; differenza, la quale teneva qui all' esser più concreto il succo canceroso che riempiva le maglie del tumore.

Questo è uno di quei casi di cancro che rendono possibile la estirpazione completa della malattia, e che presentano perciò qualche probabilità di esito felice. Infatti

il cancro del retto va ordinariamente più degli altri esente da qualunque infezione cancerosa dell' universale.

Considerazioni generali sul cancro del retto.

Questo cancro può occupare l' ano e i diversi punti della estensione del retto.

Però il cancro dell' ano è forse più frequente del cancro del retto propriamente detto. Succede esso ordinariamente a delle emorroidi irritate o a delle vegetazioni sifilitiche.

Gli accidenti che accompagnano il cancro anale sono assai più gravi di quelli prodotti dal cancro del retto propriamente detto; poichè egli è ben raro che il cancro anale abbia per resultato il ristringimento dell' orifizio anale stesso. Quasi sempre, invece, questo cancro presentasi sotto la forma ulcerosa, e distrugge successivamente, strato per strato, tutte le parti circonvicine. Di più non è raro ad accadere, che una infiammazione flemmonosa s'impossessi del tessuto cellulare della pelvi; dal che la produzione di profondi sini che accelerano molto il termine fatale.

E qui è da osservare, come a toglier di vita un malato prima di quel momento a cui necessariamente condurrebbero i progressi sempre crescenti della affezione locale, valgano in ben molti casi di cancro, le sopravvenienti lesioni dei visceri, acute o croniche che esse sieno. Tale è l'osservazione seguente, che può riguardarsi come un tipo di cancro anale.

Anna Leblanc, di 55 anni, fu ricevuta, il 28 aprile 1820, nel Deposito di mendicità di Limoges, per una malattia dell' estremità inferiore del retto, riguardata fino allora come di natura venerea. Frattanto questa malattia consisteva in una ulcera cancerosa estesissima, circolare, a superficie grigiastra, screpolata, ineguale, a bordi duri tagliati a picco, gemente un icore orribilmente fetido, spesso

misto a sangue e presentante nel suo fondo infundibuliforme l'orifizio inferiore del retto.

Inoltre la costituzione di questa ammalata vedevasi aver subito quella alterazione che è conosciuta sotto il nome di cachessia cancerosa e che tiene meno alla malattia stessa, di quello che alle emorragie che ad essa si aggiungono; riscontravansi poi la clorosi sintomatica caratterizzata dal color giallo pagliato della faccia e dal leggiero infiltramento del tessuto cellulare succutaneo della faccia stessa e di tutte le altre parti del corpo, l'oppressione del respiro al più piccolo esercizio di macchina, i polsi pieni, duri, variabili per la frequenza, il fremito delle arterie distinto colla espressiva denominazione di rumor di ruota. (*)

Narravami l' ammalata, che essa avea sofferto di una malattia venerea, 25 anni avanti; che a quell' epoca presentaronsi delle escrescenze all' ano le quali furono estirpate, non si sa però, se in totalità; che fino da quattr'anni risentiva all' ano stesso della molestia, ove pure fino da quell'epoca riscontravasi una specie di bottone carnoso; che allora era stata sottoposta ad un trattamento antisifilittico, consistente in delle frizioni mercuriali e nelle frizioni del Vansvieten.

Nel corso degli otto giorni che precederono la sua morte l' ammalata fu presa da febbre intensa, da tosse, da considerevole oppressione di respiro; quindi soccombeva in uno stato di angoscia e come soffocata.

Necroscopia. — Il cancro anale era superficialissimo, a base solida, di due linee di grossezza. Il retto mostravasi in perfetto stato d' integrità.

Dilatazione con marcata ipertrofia nel ventricolo sinistro del cuore; infiltramento purulento di un tratto non poco esteso dei polmoni, e dai quali ottenevasi il pus per espressione, come da una spugna; in stato normale il tubo gastro-enterico.

(*) Forse l'autore intende di parlare del fremito felino.

Riflessioni. — Questa malata, adunque, avea soccombuto a una pneumonite che non erasi appalesata per alcun sintoma apprezzabile, perchè all' epoca in che occorsemi di osservare questo caso, l' ascultazione e la percussione non avean per me cominciato ad esser mezzi di diagnosi delle malattie del petto.

E qui ricorderò come la pneumonite sia il termine il più frequente delle malattie organiche, favorendone lo sviluppo l' estremo esaurimento delle forze e lo stato marasmatico, che è il treno di tali malattie; di più, l' osservai in alcuni casi di emorragie considerevoli, nell' istesso modo che io vidi sotto l' influenza di queste emorragie o dopo ripetuti e abbondanti salassi, l'apoplessia od il rammollimento cerebrale.

Il cancro del retto, considerato per rapporto alla sua sede, può attaccare tutti i punti della estensione di questo intestino: può inoltre assumere tutte le forme possibili di degenerazione. Ordinariamente primitivo, esso è nella donna, spesse volte, consecutivo al cancro dell' utero, o piuttosto a quello della vagina. — Molte volte mi avvenne di osservare alla Salpêtrière delle donne nelle quali l' utero era perfettamente sano, ed il cancro limitato alle pareti addossate del retto e della vagina, senza che fosse possibile determinare da quale di questi due canali avesse tratto la sua origine. Una sola volta potei osservare il cancro simultaneo del retto e della vessica.

Il più grave resultato della degenerazione cancerosa del retto si è il ristringimento dell' intestino, perchè dà esso l' ostacolo alla defecazione. Di più, quando questo ristringimento è giunto al suo ultimo limite, i gas ritenuti nel tubo gastro-enterico vanno a costituire un meteorismo, che può giungere al grado da portare la rottura dell' intestino.

Ma il ristringimento del retto esser può il resultato comune di lesioni essenzialmente differenti, circostanza ido-

nea a indurre in gravi errori di diagnosi. Infatti nell'istesso modo che l' ulcera cronica dello stomaco è spesso clinicamente ed anatomicamente confusa col cancro di quest' organo, così l' ulcera cronica del retto dà luogo a dei sintomi talmente analoghi a quelli del cancro, che ben sovente accade il confonderli al letto del malato e spesso ancora sul cadavere.

Rimarchevole per questo rapporto è la seguente osservazione, che fu soggetto delle mie lezioni cliniche alla Salpêtrière.

Ulcera cronica del retto con ristringimento di questo intestino, riguardata come il cancro di quest' organo. — Morte coi sintomi di strozzamento intestinale.

La Roger in età di 44 anni, viene ammessa alla Salpêtrière per una malattia caratterizzata per *cancro del retto*. Essa presenta i seguenti sintomi.

Faccia scolorata, tumefatta, infiltrata come nella cachessia cancerosa; infiltramento delle estremità; addome voluminoso e risuonante sotto la percussione alla guisa di una botte mezza vuota; coliche abituali e congiunte a frequente stimolo di evacuare il ventre; flusso purulento dall' ano; perfetta integrità degli organi esterni ed interni della generazione. Fissando tutta la mia attenzione sullo stato dell' intestino retto e sulle funzioni che lo riguardano, giungo a potere stabilire, che indipendentemente dal flusso purulento fattosi abituale, sono da avvertirsi due specie di evacuazioni alvine: 1.° delle evacuazioni purulente che l'ammalata rende tutto in un tempo, alla guisa stessa delle mosse proprie della diarrea; 2.° altre evacuazioni costituite da materie fecali conformate a nastro, ossia schiacciate, le quali non si effettuano che con grandissimi sforzi e dietro intensi dolori. Inoltre questa ammalata soffre vivissimi dolori alla regione del sacro, regione che essa trova sollievo nell' andar frequentemente

soffregando. Ne accusa pure la incontinenza delle fecce; sul qual deposto avendo io stabilito un più minuto esame, potei mettere in chiaro, che le evacuazioni erano volontarie, ma che così incalzante faceasi il bisogno di emetter le fecce, che impossibile riesciva il ritenerle pel benchè minimo spazio di tempo.

I commemorativi erano: che 12 anni addietro questa donna avea sofferto di una malattia sifilittica, consistente in delle vegetazioni; che fino da quell' epoca erasi stabilita una comunicazione per un sino fistoloso tra l' ano e la vagina, immediatamente al di sotto la forcella.

Frattanto introdotto il dito nell' intestino retto, giungevasi fino entro un cul di sacco, nel fondo del quale rendeasi apprezzabile un valido ristringimento.

Ciò mostrava evidente la indicazione dell' uso degli stuelli, i quali, infatti, applicati portarono una dilatazione che rese molto più facile e molto più completa l' espulsione delle materie fecali.

Ma disgraziatamente non andò guari che l' ammalata ricusossi alla applicazione di cotal mezzo dilatante. Allora si ebbe persistenza dell' infiltramento, del meteorismo, delle coliche, in mezzo alle quali rimarcavansi sull' ambito dell' addome, delle prominenze prodotte dalla contrazione degl' intestini. In seguito: polso piccolo; singhiozzo; vomito; sincopi al più piccolo movimento di macchina; sete viva e per l' acqua fredda; sintomi di strozzamento intestinale; morte.

Alla necroscopia: niuna affezione cancerosa del retto, ma soltanto ristringimento fibroso di questo intestino, susseguito da un' ulcera cronica di esso, la quale ne occupava la metà inferiore con distruzione completa della membrana muccosa. Molte esulcerazioni con perdita di sostanza, e in parte ancora cicatrizzate, mostravansi a diverse distanze in tutta la lunghezza dell' intestino grosso.

Riflessioni. — Questa ammalata, come dimostra l'andamento della malattia, soccombè allo strozzamento intestinale. E qui osserverò, che probabilmente se la infiammazione cronica, sorgente della ulcerazione dell'intestino retto, fosse stata convenientemente trattata nel suo principio, non avrebbe avuto luogo il ristringimento fibroso, che è la conseguenza quasi necessaria di una ulcerazione circolare dell'intestino, che tende a cicatrizzarsi.

Nella osservazione che succede, facile avvenir dovea il confondere l' infiammazione cronica del retto col cancro di questo organo, considerato l' esteso guasto esistente in tutto il tratto circolare dell' intestino.

Infiammazione cronica del retto caratterizzata per cancro.—Comunicazione tra il retto e la vagina al di sopra della forcella. — Escavazioni, o cloache purulente comunicanti, per una parte, coll' intestino retto, per l' altra, colla pelle che circonda l' ano.

La Queulen, di 46 anni, mestruata a 18 anni, madre a 19, attaccata da mal venereo a 30; uso smodato del mercurio, da cui la caduta dei denti; cessazione dei mestrui a 38 anni.

Fino da 3 anni addietro la Queulen andava soggetta ad una stipsi ostinata, che protraevasi talvolta fino a 15 giorni, e la quale venia poi susseguita da frequenti scariche alvine perduranti il corso di 24 ore. Accorgendosi, in progresso, di emetter dall' ano del pus e del sangue, l'ammalata costituissi all' Hôtel-Dieu, ove fu medicata coll' applicazione degli stuelli.

Tradotta quindi alla Salpêtrière, presentava: marasmo; infiltramento degli arti inferiori; polso estremamente piccolo e frequente; tosse che esisteva fino da tre mesi.

Flusso quasi continuo di pus e di materie fecali. Incontinenza assoluta di fecce: in principio l' ammalata potea

ricevere e ritenere i clisteri, ma dopo qualche tempo, il liquido injettato esciva dalla vagina e dai fori esistenti in prossimità del contorno dell' ano: morte per esaurimento di forze.

Necroscopia. — Foro circolare del diametro di un franco, che stabiliva una comunicazione tra il retto e la parte inferiore della vagina, al di sopra della commissura posteriore. La qual comunicazione non era immediata, ma faceasi per il mezzo di una cavità che prolungavasi nella spessezza della parte posteriore del gran labbro destro, e che si apriva nel retto, per un orifizio che dar potea ricetto al dito minimo.

Lungo il bordo anale vedevansi un certo numero di pertugi quasi capillari, molti dei quali restavano nascosti entro le numerose ripiegature, che in detta regione riscontransi. La muccosa del retto era distrutta in tutta quella porzione di questo intestino situata in mezzo all' adipe della escavazione del bacino; un numero grande di cavità anfrattuose, situate al di fuori della membrana muscolare dell' intestino e perfettamente circoscritte da del tessuto cellulare indurito, aprivansi nella cavità del retto a traverso le fibre muscolari ipertrofizzate; queste ultime poi vedeansi come dissecate, separate tra loro, e sotto la forma di briglie circolari e longitudinali; disposizione che dà alla porzione inferiore dell' intestino retto l' aspetto areolare. Finalmente, attorno l' orifizio dell' intestino e soprattutto nella porzione posteriore, una quantità di piccole cavità o cloache a grosse pareti, aprivansi nella cavità dell' intestino stesso per un tragitto più o meno anfrattuoso, a traverso le nominate areole, resultanti dalle fibre muscolari disposte in tanti distinti fascetti.

Riflessioni. — Il cancro del retto assumer può tutte quante le forme di questa specie di degenerazione, abbenchè la degenerazione areolare e gelatiniforme prevalga, secondo la mia osservazione, su tutte le altre.

Frattanto il più temibile tra i resultati del cancro del retto, è, senza dubbio, l'otturamento dell'intestino, per cui impossibile si rende la emissione dei gas e delle materie fecali; nei quali casi, riesce tanto più di sollievo per l' ammalato e quasi ne induce una apparente guarigione, la cura dilatante cogli stuelli. Disgraziatamente però non sempre il cancro si rende accessibile alla cura dilatante, risiedendo spesse volte al di sopra della portata del dito, ed allora la sua presenza si rende solo apprezzabile per la ritensione delle materie fecali, le quali deprimono la porzione d' intestino ristretta, o anche per gli sforzi della defecazione, per i quali viene tanto ad abbassarsi la porzione d' intestino ristretto, da giungere fino a contatto del dito introdotto nell' intestino medesimo.

La seguente osservazione, che risguarda un malato cui prestai la mia assistenza nell' ultimo anno di sua vita, oltre a somministrare un esempio assai rimarchevole della diffusione del cancro del retto alla vessica orinaria, mostrerà, nel più chiaro modo, quali sieno gli sconcerti consecutivi alla ritensione delle fecce nella malattia in discorso.

Cancro della parte superiore del retto. Tutti i sintomi della ritensione delle materie fecali. Ematuria. — Sintomi di un calcolo vessicale o di un fungo. — Morte. — Cancro del retto esteso fino alla vessica.

M. di Cr . . . . . . di 45 anni, antico ufficiale della Guardia reale, fino da otto giorni offriva tutti i sintomi, nel grado il più marcato, di una ritensione di fecce o di gas. Introdotto il dito nel retto, abbenchè non si giungesse a dominare il punto ammalato, non per questo non rendeasi meno certo, che un ristringimento assai marcato esisteva nella parte superiore di questo intestino, o al termine dell' S iliaca, ove precisamente risiedeva il centro dei dolori, ed ove accumulavansi i gas e le materie fecali. L' S iliaca

del colon mostravasi patentemente, a traverso le pareti addominali assottigliate, sotto la forma di tanti rilievi ben pronunziati. A ciascun dolore sofferto dall'ammalato, mostrava il detto intestino indurirsi alla maniera stessa dell'utero nel parto; ed aveasi infatti una grande analogia tra il carattere di queste contrazioni intestinali destinate a espellere il corpo estraneo formato dalle materie fecali, e quello delle contrazioni uterine. Frattanto, nel corso degli otto giorni, l' unico mezzo idoneo a toglier via le nominate condizioni morbose, stato si era quello dell' impiego di un purgativo, che sceglier sempre doveasi tra i più attivi, avvegnachè i mezzi blandi evacuanti esasperassero i dolori, senza portare il più piccolo sgravio. E molte volte si vide il malato che dopo essere stato sul pericolo di soccombere, tornava, cessati i dolori in grazia delle ottenute evacuazioni alvine, a goder della vita ed a riprendere la sua gajetà e la sua vivacità; tanto che dopo averlo lasciato, alla mattina, moribondo, trovavalo talvolta, alla sera, mangiare col migliore appetito, felicitandosi del ben essere che egli provava. Passavano in cotal guisa le cose fino al 4.° giorno, ma nel quinto giorno, cominciarono ad accumularsi nell' intestino le materie fecali ed a manifestarsi qualche dolore addominale, tanto che, se non avessi procurato delle scariche alvine abbondanti per mezzo di sostanze purgative, prima dell' ottavo giorno, sarebbesi avuto un accesso della maggiore forza. In seguito, l'acqua di Trevez, che io credo contenere mezzo grano di emetico * e un' oncia di solfato di magnesia, riesciva il miglior purgativo, specialmente aggiuntovi in ogni bicchiere altro solfato di magnesia alla dose di un denaro; proficui pure riescivano i clisteri col miele mercuriato almeno per qualche tempo, abbenchè a quando a quando presentassersi sì marcati accessi e così prolungati, che io fui più volte nella risoluzione di praticare un ano artificiale;

* Non so di qual emetico intenda parlar l' Autore.

operazione che, in simil caso, rendeasi anche di una maggior facilità, in quanto che quasi succutanee mostravansi le materie fecali trattenute nell' intestino per la estrema sottigliezza che avean subito le pareti addominali.

In successo, l' ostacolo alla emissione delle fecce sembrava diminuire, e farsi meno violenti e più rare le esacerbazioni morbose dipendenti dalla ritensione delle fecce medesime; ma in questa apparente tregua dei fenomeni che fino allora avean costituito la forma della malattia, si ebbe, tutt' in un tempo, una imponente ematuria susseguita dai più gravi sconcerti dal lato della vessica, tanto che, fino da quel momento, la ritensione delle materie fecali non fu più che un epifenomeno, ed avemmo invece dei conati di orinare frequentissimi e spesse volte inani; un tenesmo vessicale portato al più alto grado, dei dolori alla estremità della verga; in una parola, tutti i sintomi di un calcolo vessicale. Le orine fecersi successivamente catarrali, purulente, saniose, di un orribil fetore; di più, presentarono esse delle piccole masse semi-concrete, di un aspetto analogo a quello dei frammenti del calcolo, ma che altro non erano se non che del mucco concreto, sulla di cui superficie trovavasi impiantata della renella; frequenti ematurie. Introdotto il dito nel retto, scorgevasi dietro la prostata e corrispondentemente al basso fondo della vessica, un tumore durissimo che poteva imporne per un calcolo vessicale, ma che probabilmente altro non era che una degenerazione cancerosa del basso fondo della vessica stessa. Il malato soccombeva in preda a vivissimi dolori e nel più avanzato marasmo.

Alla necroscopia, riscontrammo una degenerazione cancerosa congiunta a notabile ristringimento dell' intestino retto. La nominata degenerazione erasi propagata al basso fondo della vessica, la quale presentava nella sua interna superficie delle vegetazioni cancerose, molli, e che erano evidentemente la sorgente della ematuria: un tumore encefaloide assai voluminoso riempiva la escavazione del bacino.

La ritensione delle materie fecali può nel cancro del retto, protrarsi tant' oltre da portare alla rottura dell' intestino.

Il Sig. Béhier, Interno degli spedali presentonne un esempio alla Società anatomica, ed io stesso potei osservarne un caso, nel 1812, allo spedal S. Antonio, ove era io addetto come Interno.

Payard, di 60 anni, lavorante di seta, emorroidario da 45 anni, soffriva, fino da un anno addietro, di una stipsi, la quale durava da otto a quindici giorni, congiunta a dolori intensissimi, a nausea, a vomito.

Il 7 gennajo 1812; dolori più vivi del consueto, perduranti, senza alcuna tregua, fino al 21 del mese stesso, e che costrinsero il malato a entrare nello spedale, ove esso presentommi i seguenti sintomi: smagrimento, pallore della faccia, addome meteorizzato ed a rilievi: caratteri che riferir si doveano allo stato speciale dell' intestino colon: borborigmi; dolori; stipsi fino da otto giorni; nausea senza vomito; addome dolente sotto la pressione.

Nei giorni successivi: esacerbamento di tutti i morbosi sconcerti.

Il 26: timpanite addominale, uniforme, senza il più piccolo rilievo; addome dolorosissimo alla pressione; respirazione corta; leggero delirio. Morte nella successiva notte.

Tutto il trattamento curativo raggirossi nelle bevande dolcificanti, nelle sanguisughe e nelle fomentazioni ammoglienti.

Necroscopia. — Appena il bisturino avea traversato a tutta sostanza la parete anteriore dell' addome, che sortì da questa cavità una quantità rimarchevole di gas fetido, il quale mostrava evidentemente di esser contenuto nella cavità peritoneale. Gl' intestini respinti indietro osservavansi ricoperti di materie fecali, la di cui sorgente ben si scorgeva consistere in una perforazione del colon ascen-

dente. Altre materie fecali abbondantissime riempivano gli altri intestini grossi; marcatissima injezione su tutta la superficie peritoneale, sia degl' intestini tenui come dei grossi. Quindi potemmo facilmente rinvenir la causa della ritensione delle materie fecali e della perforazione dell' intestino colon, in un ristringimento duro, anulare nella porzione inferiore dell' intestino retto, ristringimento tanto marcato, da non dare accesso alla estremità del dito minimo. Ma quale era la natura di tal ristringimento? era esso un cancro duro? un ristringimento fibroso, o una cicatrice di una ulcerazione circolare dell' intestino?

Non potendo pronunziarmi decisamente su tal proposito, io mi limitai, nelle mie note, a designare la riscontrata alterazione di nome di *ristringimento scirroso* della porzione inferiore del retto.

In generale, assai raro è il caso di rottura d' intestino indotta da soverchia ritensione dei gas e delle materie fecali, avvegnachè le più spesse volte sopraggiunga la morte pel solo fatto di questa ritensione, la quale ha per resultato definitivo tutti i fenomeni dello strozzamento intestinale.

Una delle cause del ristringimento esser può la cicatrizzazione di un' ulcera. Vedemmo, all' occasione in cui ci occupammo dell' ulcera cronica dello stomaco, che la morte avvenir poteva per la guarigione di quest' ulcera, da cui il ristringimento del piloro e quindi l' ostacolo meccanico indotto da questo ristringimento al passaggio delle materie alimentizie. Recentemente ebbi io pure luogo di osservare un fatto di questo genere in un individuo, il quale soffriva di continui vomiti, e che dicevasi essere attaccato da cancro del piloro. In questo soggetto, che mancò alla vita nel marasmo il più avanzato, ogni lesione consisteva in una cicatrice circolare, di 3 pollici di diametro occupante il piloro e la porzione vicina del piccolo cul di sacco dello stomaco. Il ristringimento era tale, che l'orifizio

pilorico ammetteva appena una grossa penna da scrivere; ed ecco che niente di morboso esisteva in questo caso in cui aveasi soltanto un tessuto di cicatrice.

La stessa cosa che avviene nello stomaco, avviene pure nell' intestino retto, come in tutti gli altri punti del canale alimentare. In fatti nelle ulcerazioni circolari degl'intestini tenui o grossi, alterazioni assai frequenti a riscontrarsi, la guarigione di esse porta ordinariamente il ristringimento e talvolta ancora la obliterazione dell' intestino; di modo tale che dovrebbero queste ulcerazioni rispettarsi, dietro il riflesso, dello esser la cicatrizzazione loro molto più ferace di tristi resultati, di quello che la loro stessa presenza.

Nei casi di ritensione dei gas e delle materie fecali, l' esplorazione del retto è il primo e più necessario mezzo da impiegarsi a stabilire il diagnostico: infatti avviene talora che sia causa della ritensione un tappo formato da materie fecali, per cui dei semplici topici introdotti nella porzione inferiore dell' intestino fan cessare immediatamente ogni morboso sconcerto. Sul qual punto ricorderò ciò di che la mia pratica alla Salpêtrière mi ha reso soventi volte spettatore, la ritensione, cioè, delle materie fecali in alcune vecchie, le quali tuttavia godevano del benefizio delle alvine evacuazioni per regurgito, avendo tutti i giorni o ogni due giorni, sgravi di ventre costituiti da un certo numero di scibalatte. Il qual fatto portavami a concludere potersi avere ritensione di materie fecali con regurgito; senza che sempre tal ritensione vada unita a sconcerti proprj di essa, nell' istessa guisa che aver si ponno, secondo la mia osservazione, delle ritensioni di orina protratte per molti anni, senza che vadano unite a sconcerti di sorta. Io ricorderommi sempre di una vecchia, la quale, secondo il deposto delle infermiere, avea regolari scariche alvine, e che morì con una enorme ritensione di materia fecali. In questo individuo l'intestino retto e l' S.

iliaca respinti fino al diaframma, rassomigliavano al grosso intestino di un cavallo, enormemente disteso.

I ristringimenti del retto consecutivi alla ulcerazione cronica, sono suscettibili di guarigione, ove però sieno accessibili ai mezzi dilatanti; ed è probabilmente in questa specie di casi e non in quelli di cancro, che Desault ha ottenuto sì luminosi successi dalla introduzione degli stuelli gradatamente aumentati di volume.

Finalmente, a convalidare ciò su di che ci occupammo più sopra, cioè, la nostra opinione che la cicatrizzazione delle ulceri croniche degl'intestini sia circostanza idonea a indurre i ristringimenti di essi, concorre il caso seguente comunicatomi dal mio collega Sig. Rostan. Trattavasi di un individuo, che mancò alla vita con tutti i sintomi di uno strozzamento interno, col vomito, cioè, col singhiozzo, col marasmo, con dolori addominali intensissimi. Alla consecutiva necroscopia, non riscontrossi, di buon principio, alcuno strozzamento, ma continuando le indagini entro la cavità del bacino, potemmo scorgere il retto circondato da una specie di anulo, che colla sua compressione avea talmente ristretto il lume di questo intestino, da render quasi impossibile l' introduzione di una siringa da donna entro l' intestino stesso. Ma quest' anello circolare, nel successivo e più accurato esame del pezzo patologico, patentemente mostravasi essere affatto estraneo alla malattia dell' intestino, la quale consisteva essenzialmente in un ristringimento circolare, fibroso, operato dalle sue stesse pareti per un processo di cicatrizzazione di una ulcerazione circolare.

Ciò poi che, di primo tratto, ne imponeva per un anello circolare sovrapposto all' intestino, altro non era che una appendice adiposa divenuta aderente circolarmente all' intestino, e che forse avea grandemente contribuito colla sua presenza, ad impedire un versamento di materie nell' addome, o forse anche la peritonite. Avvertirò per ultimo, come nei casi di questo genere, l' invasione istantanea dei

morbosi sconcerti potrebbe far credere ad una peritonite perforazione. Su di che cade in acconcio il ricordare il caso da me osservato in un giovane studente medicina, pel quale fui consultato, e nel quale restai titubante rispetto al diagnostico, se trattassesi di una perforazione o di uno strozzamento intestinale; dubbiezze che non poterono togliersi dalla necroscopia, la quale non fu eseguita.

Fascicolo 49.

MALATTIE DELLE OSSA.

(Tavola I.)

Lussazione spontanea della prima vertebra cervicale. — Compressione della midolla spinale. — Emiplegia. — Algore.

L' osservazione seguente offre un singolare esempio di emiplegia per compressione dell' origine della spinal midolla, congiunta al fenomeno non comune di permanente algore della pelle, ed al continuo senso di freddo accusato dall' ammalata.

La Lacroix, in età di 68 anni, risiedente alla Salpêtrière, clinica S. Michele, N.° 10 (sezione delle *gateuses*), il 13 ottobre 1832, trovavasi nello stato seguente:

Emiplegia a destra del senso e del moto; evacuazioni alvine involontarie.

Secondo le asserzioni della ammalata, la emiplegia aveala istantaneamente assalita alla Salpêtrière, ove essa erasi fatta trasportare sei mesi avanti, unicamente pel senso di freddo che continuamente affliggevala, ed ove era rimasta paralizzata in seguito ad un bagno, a cui erasi creduto doverla sottoporre. Una singolar circostanza si è, che di bel principio l' ammalata trovavasi uniformemente paralizzata o piuttosto indebolita in ambedue i lati del corpo, e quindi a poco a poco erasi sviluppata la emiplegia. Fino da qualche tempo sentiasi però l' ammalata indebolita an-

che dal lato sinistro. Di più rimontando alla invasione della malattia, essa ne assicurava, aver provato fino da quell'epoca, un tal senso di freddo, che invano tentato erasi di vincere con qualunque mezzo calefacente, e che sembravale aver sua sede nel midollo delle ossa. Toccandola infatti parea toccare un animale a sangue freddo.

Accusa inoltre lateralmente al capo e dietro all' orecchio destro (ossia corrispondentemente al punto di unione del capo col collo) un dolore intensissimo, e talvolta ancora una sensazione come di colpi di martello: l' assalgono frequenti e dolorosi crampi alle estremità inferiori; talvolta le s' intorbida la vista. Di più, l' ammalata porta un' ernia all' inguine destro.

Stato stazionario fino al 20 gennajo 1833. Durante l' intervallo di tempo tra quest' epoca e il mese di ottobre dell' istesso anno, ho luogo di osservare la persistenza dei notati sconcerti e soprattutto la costanza del freddo algido, che non cessava di esser per me un soggetto di ammirazione. I crampi erano frequenti e dolorosissimi, aventi origine dai piedi ed estendentisi alle ginocchia, alle cosce, quindi agli arti superiori: in special modo poi questi dolori occupavano il lato destro del corpo e di là propagavansi al lato sinistro. Questi crampi furono sempre il tormento dell'ammalata, non permettendole talvolta il più piccolo intervallo di sonno. Mi assicuravano poi le infermiere, che di tempo in tempo, la Lacroix venia presa da accessi epilettici, i quali forse altro non erano che dei movimenti convulsivi o dei crampi esagerati.

Intanto, fino dal 28 gennajo, la lingua mostravasi secca, il polso, piccolo fino allora, faceasi anche più piccolo e frequentissimo. L' ammalata non si lagnava di alcun dolore. Il 30 gennajo mancava alla vita conservando intatta la intelligenza.

Necroscopia. — Cervello in stato normale. La superficie del cervelletto mostra in dietro ed a sinistra una di quel-

le erosioni superficiali o perdite di sostanza, di colore bruno-giallastro, che tanto spesso da me osservate alla Salpêtrière, potei io constatare come i resultati di una apoplessia delle lamine del cervelletto. Finalmente, a mia estrema sorpresa, trovo la ragione anatomica della emiplegia e degli altri fenomeni morbosi, nello spostamento dell' atlante, da cui esercitavasi una compressione sulla spinal midolla immediatamente al di sotto della midolla allungata.

La fig. 1 rappresenta la protuberanza costituita dall' atlante anteriormente all'asse spinale, e quella resultante dall' apofise spinosa posteriormente all' asse medesimo.

La fig. 4 mostra l' assottigliamento A S della midolla spinale indotto dalla sofferta compressione, la quale avea più marcatamente agito sulla porzione destra anzi che sulla porzione sinistra di quest'organo; osservandosi di più, che a destra, gli avanzi della midolla erano grigi, senza alcun vestigio di sostanza bianca, mentre a sinistra, restava sempre qualche residuo di sostanza bianca.

Trasformati in una sostanza grigia mostravansi i cordoni posteriori mediani della midolla allungata. La sezione rappresentata dalla fig. 5, dà un' esatta idea della estensione dello spostamento dell' atlante e del grado di assottigliamento sofferto dalla midolla spinale. Nell' istessa figura si ha luogo di osservare, come il notato assottigliamento A S resulti dalla compressione esercitata sulla midolla dalla metà posteriore del bordo dell' osso occipitale e dalla apofise odontoide.

Nella fig. 3 vedesi la ristrettezza dell' orifizio di comunicazione tra la cavità del cranio ed il canal vertebrale, visto esternamente; quindi la sua forma semilunare; la enorme protuberanza prodotta dall'apofise odontoide a traverso i ligamenti posteriori rimasti sollevati sulla articolazione occipito-spinale.

La fig. 2 rappresenta la faccia posteriore della apofise

odontoide, messa a nudo per la sezione del ligamento anulare: il qual ligamento mostravasi sommamente assottigliato, più largo del naturale, di un color giallastro, presentante delle piccole placche cretacee, che davano a quest'alterazione molta analogia con quella offerta dalle arterie.

La sommità della apofise odontoide era rivestita da una specie di ligamento anulare esteso per la faccia interna dall' uno all'altro condilo: il qual ligamento, che io reputai, di primo tratto, venir costituito dallo stesso ligamento anulare spostato, parvemi, in seguito, non essere altro che una alterazione di struttura delle fibre superiori dei ligamenti dell' odontoide. Questi ultimi poi mostravansi estremamente indeboliti, e coi loro fascetti separati da una sostanza rossastra, permettevano all'apofise odontoide di muoversi dall' avanti in dietro, in modo da produrre una lussazione incompleta.

La faccia posteriore della apofise odontoide era erosa, e tutto il corpo di essa notabilmente più voluminoso dell' ordinario.

Riflessioni. — Una emiplegia per compressione della midolla è un fatto sommamente raro, avvegnachè non sia frequente che la midolla resti inegualmente compressa nei suoi due lati. Frattanto, nel caso testè descritto, io richiamerò tutta l' attenzione sulla circostanza dello essersi spiegata la compressione sulla metà della midolla corrispondente al lato paralizzato, poichè l'effetto dell'incrociamento non si osserva che al di sopra della midolla allungata. La compressione della midolla era il resultato dello spostamento dell' atlante, spostamento dovuto a una malattia dei ligamenti che uniscono l' apofise odontoide all' osso occipitale e all'atlante: così, può dirsi in generale, che a dar luogo a tale spostamento di parti, riescono cause sufficienti e un principio reumatico fissato sulle indicate articolazioni

e uno stiragliamento sui respettivi ligamenti, indotto da movimenti abituali, portati al di là di una certa misura ec. Rammenterò qui, come in molti vecchi l' apofise odontoide forma rimarchevole prominenza, la quale solleva i ligamenti occipito-spinali posteriori, i quali ristringono la parte superiore del canal vertebrale. Questa prominenza tiene, al tempo stesso, e alla ipertrofia della apofise odontoide e al rilasciamento dei ligamenti; dalla quale specie di diastasi non corre che un passo solo a quello spostamento, che è il soggetto di queste riflessioni.

Allorchè mi avvenne di occuparmi della osservazione sopra citata, non avea io ancora studiato che ben piccol numero di malattie della midolla spinale, di modo che la mia attenzione non fissossi punto, in questo caso, in quella parte dell' asse cerebro-spinale ove effettivamente avea sede la malattia. Vedeva io soltanto una emiplegia la quale riportava ad una lesione cerebrale, e passavami inosservata la paralisi, che in qualche grado esisteva pure al lato sinistro. Di più io non prestava sufficiente attenzione al fenomeno *crampi*, o piuttosto non possedeva dati bastanti a bene interpretarlo, ignorando che essi sono tanto comuni nelle malattie della midolla, quanto son rari in quelle del cervello. Finalmente niuna apparente deviazione portavami a travedere l' ubicazione della malattia.

E riandando tra i fenomeni morbosi presentati dalla ammalata osserveremo: che la oppressione del respiro era unicamente il resultato della compressione della midolla al di sotto dell' origine dei nervi pneumo-gastrici e al di sopra dell' origine dei nervi frenici e intercostali; che il senso di algore, così manifesto e così rimarchevole per tutto il corso della malattia, stava a convalidare l' avviso dei fisiologi, i quali considerano la midolla spinale come il principal fuocolare del calore animale.

Sulla esistenza poi dell' ernia inguinale, che congiungevasi, in questo caso, agli altri fenomeni morbosi, io osser-

verò, come questo genere di ernie trovisi nelle donne molto più frequente di quello comunemente si creda, talchè sia, per me, da ritenersi quasi tanto comune quanto è comune quello delle ernie crurali.

Il fatto che segue mostra la lesione esistere nella articolazione tra la 2.ª e la 3.ª vertebra cervicale, e la midolla compressa e non alterata nel suo organismo, la quale avea accagionato la morte portando il malato alla asfissia, o alla cessazione completa dell'azione dei muscoli inspiratori. E qui avvertirò come io sia intimamente convinto, che sebbene le malattie del tessuto proprio della midolla sieno più frequenti di quello che in generale si ammetta, le lesioni consecutive però tengono ordinariamente più alle membrane che la rivestono e soprattutto al canale osseo che la rinchiude.

Malattia della articolazione tra la 2.ª e la 3.ª vertebra cervicale. — Compressione della midolla. — Morte.

Chartier, di 76 anni, costituissi alla infermeria della Salpêtrière il 15 agosto 1836, per una paralisi delle estremità superiori ed inferiori, di cui trovavasi facile la spiegazione nella malattia delle vertebre cervicali, malattia che faceasi manifesta per la marcata flessione della testa sul torace, giungendo essa quasi a toccare lo sterno, inclinata un poco a sinistra, e per una prominenza ovoide alla regione della nuca, formata dalle apofisi spinose e dalle lamine della 2.ª e della 3.ª vertebra cervicale.

La paralisi era estesa tanto agli arti superiori che agli arti inferiori, sì a destra che a sinistra, colla differenza che gli arti del lato destro erano più attaccati che quelli del lato opposto, come gli arti superiori lo erano meno degli inferiori.

Inoltre la paralisi spiegavasi, al tempo stesso, e sul moto e sul senso, ma essa era incompleta: poichè le gambe mentre erano suscettibili di qualche movimento, non po-

teano però sostenere il peso del corpo, e gli arti superiori abbenchè suscettibili di qualche movimento, ritenevano più che una debolezza, un deciso torpore, il quale non permetteva che gli oggetti venissero presi dalle dita e tra di esse mantenuti anche per poco tempo. Per prendere uno spillo l' ammalata era obbligata a diriger collo sguardo le dita, e subito che l' oggetto era lasciato andare, gli occhi non eran più diretti sulle dita medesime. Il solletico alla pianta dei piedi determinava delle scosse convulsive dolorosissime, mentre era appena avvertita la puntura dello spillo. Spesse volte l' ammalata risentiva negli arti paralizzati un informicolamento doloroso e delle scosse, congiunte a contrazioni spasmodiche ed ai crampi.

Teneasi ella coricata sul lato sinistro, le gambe flesse sulle cosce e queste sul bacino.

Fino da un mese, emissione involontaria delle orine. Del rimanente, perfetta la intelligenza; tutte le funzioni nella massima regolarità del loro esercizio.

Commemorativi. — Fino da due anni e mezzo, dolori alla colonna vertebrale con ingorgo delle glandule cervicali, il quale erasi dissipato mediante l' impiego delle frizioni con linimento fondente. La debolezza limitavasi di bel principio alle gambe, le quali mancando sotto il peso del corpo, faceano cadere al suolo l' ammalata. Solo fino da un anno addietro erano stati presi da paralisi anche gli arti superiori.

Intieramente convinto che la malattia della Chartier consisteva in una compressione della porzione superiore della spinal midolla; di più, che questa compressione era unicamente il resultato dello spostamento incompleto della 2.ª e della 3.ª vertebra cervicale e che la causa di questo spostamento riportar si doveva ad una malattia delle sunnominate vertebre, feci consistere tutto il trattamento curativo nell' applicazione di due moxa sul tumore, uno su ciascun lato della linea mediana. Al termine di 15 giorni,

leggero miglioramento, consistente nel potere il malato muover più liberamente la testa.

Agli 8 ottobre, riscontro per la prima volta un sudore profusissimo, fenomeno che, a quello resulta dalle indagini fatte, avea avuto luogo fino da molti giorni addietro, soltanto però nelle ore mattutine; frattanto non avea io mai visto una sì abbondante diaforesi e le gocce del sudore succedersi con tanta rapidità. La respirazione si accelera e talvolta diviene penosa; normale è la deglutizione; le pulsazioni del cuore forti e staccate. L'esplorazione del petto non rende manifesta alcuna alterazione nelle funzioni polmonari; e la causa della notata molestia nel respiro non in questi organi, ma bensì nei muscoli inspiratorj ha la sua sede.

La periodicità dei sudori, la loro estrema abbondanza mi fan devenire all'uso del solfato di chinino, di primo tratto, con qualche vantaggio perchè i sudori diminuiscono, vantaggio però che è di poca durata, perchè l'ammalata soccombe il 21 ottobre, senza avere offerto altro sintoma che un indebolimento nelle potenze inspiratrici.

Necroscopia. — Vista anteriormente, la colonna cervicale mostrasi depressa corrispondentemente alla articolazione della 2.ª colla 3.ª vertebra cervicale, e tale è questa depressione, che la 3.ª vertebra forma colla 2.ª un angolo ottuso rientrante in avanti.

Anteriormente alla colonna cervicale esiste un sino di suppurazione, il di cui punto di partenza corrisponde alla articolazione tra la 2.ª e la 3.ª vertebra cervicale, e che vedesi formato a spese dei ligamenti e dei muscoli vertebrali anteriori, terminando alla parte superiore del torace in un cul di sacco che solleva la pleura.

Ora, la sede del male esisteva unicamente nella articolazione tra la 2.ª e la 3.ª vertebra cervicale: il disco intervertebrale era distrutto, e le superfici corrispondenti della 2.ª e della 3.ª vertebra erose e mobili l'una sull'altra. Nel

più perfetto stato d' integrità mostravansi le articolazioni tra l'atlante e l'asse spinale, e tra l'atlante e l'osso occipitale; lo stesso era delle articolazioni delle vertebre cervicali che susseguono alla 3.ª di queste vertebre. Il pus contenuto entro il suddescritto sino fistoloso avea un aspetto caseoso e quale suol riscontrarsi in tutti i fuocolari purulenti sottoposti ad una assorzione.

La faccia posteriore del corpo della 2.ª e della 3.ª vertebra cervicale presentava una convessità, la quale, senza esser tanto marcata, quanto avrialo fatto supporre la disposizione angolosa della faccia anteriore, non lasciava però di esercitare una valida pressione sulla spinal midolla.

Quest' organo poi, prescindendo dalla sofferta compressione, non mostrava in alcuna delle sue parti alterazione di sorta.

Finalmente era da avvertirsi, come questa compressione della midolla venisse pure aumentata in forza della esistenza di un sino purulento, analogo a quello da noi descritto, ed esistente sulla faccia anteriore della colonna vertebrale; il qual sino estendevasi in alto fino in prossimità del forame occipitale, ed in basso, fino alla 4.ª vertebra cervicale, avendo per parete anteriore il corpo delle vertebre, e per parete posteriore, il ligamento vertebrale comune posteriore, ridotto ad una estrema sottigliezza.

VIZJ DI CONFORMAZIONE.

Adesioni congenite di due gemelli (mostri doppi).

(Tavole II e III.)

Adesione sopra ombelicale (sopra-onfalo-didimico).

Distinguonsi le adesioni congenite in quelle adesioni che si formano tra le parti contigue dell' istesso feto, ed in quelle che han luogo tra due feti. Questa ultima specie costituisce i mostri doppi, il di cui studio esercitò grandemente, in questi ultimi tempi, gl' ingegni dei medici e dei naturalisti.

Ora, i mostri doppi si dividono in due grandi classi. In una 1.ª classe due mostri ben distinti, eguali o ineguali nel loro sviluppo, trovansi uniti insieme per un tratto più o meno esteso, e per un più o meno stretto legame, e questi sono *i mostri doppi per adesione o per coalito*; nella 2.ª classe, uno degl' individui, più o meno informe, vien contenuto in totalità o in parte, in un altro individuo ordinariamente completo, e son questi *i mostri per rinchiudimento*, o *per introsuscezione*, benissimo distinti dal Mayer col nome di *mostri per impiantazione*, appunto perchè il feto parasito trovasi impiantato sull' altro, come il feto normale sta in rapporto colla madre, o come la pianta sul suolo, traendo da esso i materiali pel suo nutrimento.

Classati, di principio, per ordine cronologico, e sfigurati da racconti favolosi (ved. A. Pareo, Schenck, Liceti), i mostri doppi furono riguardati, per la prima volta, sotto

il punto di vista scientifico dall' Haller (*), il quale dette loro un ordine desunto dalle loro più grandi affinità.

I. F. Meckel (**) e Burdach riuniti avendo tutti gli esempi veramente constatati, coll' aggiunta di un gran numero di fatti loro propri, e portando nello studio di queste anormalità delle vaste vedute di una anatomia trascendentale, adoperaronsi a determinare le leggi che reggono la formazione dei mostri. Quindi i sigg. E. ed Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire (***), (****) applicarono alla classazione di essi, impiegando il metodo Linneano, quelle vedute eminentemente filosofiche da essi portate nello studio dell' anatomia normale, dopo aver tolta via la linea di demarcazione che separa le mostruosità dalle altre parti dell' istoria naturale, ed elevando così la *teratologia* al rango di scienza. Essi inoltre fecero sentire il bisogno di una nuova terminologia per i mostri in generale e per i mostri doppi in particolare. Le loro idee furono seguite dal Gurlt (*****), autore di una terminologia generale, da esso applicata alle mostruosità degli animali domestici, e quindi dal Barkw il quale, seguitando intieramente, meno qualche modificazione, la nomenclatura del Gurlt, diè, non ha guari, compimento sulle mostruosità doppie, ad un' opera piena di dottrina e veramente conscienziosa. (******)

Il sig. Serres, all' occasione del mostro doppio femmina, Rita-Christina, applicò alle mostruosità doppie quelle

(*) *Opera anatomica argumenti minoris. Lausannae*, 1768.

(**) *De duplicitate monstruosa*, Halae, 1815 in-fol. fig.

(***) *Philosophie anatomique*, t. II, Monstruosités humaines, Paris, 1823, in 8°, in 60 atlas.

(****) *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation chez l'homme et les animaux*, Paris, 1832-1836, 3 vol. in-8.° et atlas de 20 planches.

(*****) *Lehrbuch der Pathologischen anatomie der Haus-Saugethiere*, Berlin, 1831, 2 vol. in 8, et atlas in fol.

(******) *Monstra animalium duplicia per anatomen indagata*, Lipsiae, 1829 1836, 2 *vol.* in-4°, *figures.*

sue d' altronde tanto ingegnose idee sullo sviluppo degli organi (*). Finalmente, il sig. Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire, nella sua importante opera da esso recentemente terminata sulla teratologia, trattò della mostruosità doppia con tutti i dettagli che ponno venir compresi in questo sì importante vizio di conformazione.

Ora mentre io stimo sommamente ingegnose non men che legittime le classazioni e le denominazioni nuove dei sigg. Geoffroy Saint-Hilaire, Gurlt e Barkow, dal canto mio, contenterommi fino a nuove risoluzioni, di classare i mostri doppi secondo il punto di loro adesione, facendo uso di quei termini tecnici, che ormai han preso posto nella scienza.

Io stabilisco la mia prima classazione secondo la faccia o piano del corpo che è sede della adesione, poichè, come è noto, i feti doppi aderiscono sempre tra loro per i piani omologhi. Le classazioni secondarie poi si fondano sui punti precisi della adesione: così io suddivido i mostri doppi in tre grandi classi: mostri *per adesione dorsale*, mostri per *adesione anteriore*, mostri *per adesione laterale.*

I mostri per *adesione dorsale* sono quelli che trovansi uniti per la regione del sacro e per la parte superiore e posteriore della testa.

Nei mostri *per adesione anteriore* le adesioni sono frontali, o si riscontrano alle regioni sopra-ombelicale, sopra e sotto ombe- licali, toracico-addominali, cefalo-toraciche, cefalo-toracico-addominali.

Le adesioni laterali comprendono, 1.° l' adesione alla regione della pelvi, che può dirsi sotto-ombelicale; e questa adesione costituisce il genere ischiadelfo del sig. Professor Dubreuil.

(*) *Recherches d' anatomie transcendante et pathologique; théorie des formations et des deformations organiques, appliques à l' anatomie de la duplicité monstreuse*, Paris, 1832; in-4.° et atlas de 20 planches in fol.

2.° L' adesione alla regione del bacino ed a quella della metà sotto-ombelicale dell' addome.

3.° L' adesione al bacino ed alla cavità toracico-addominale.

Quanto poi alle estremità, esse tengon dietro generalmente ai cambiamenti delle parti alle quali corrispondono: così, gli arti inferiori si aderiscono congiuntamente alle adesioni del bacino, mentre gli arti superiori seguono le adesioni del torace.

Per quello spetti ad una nomenclatura tecnica delle mostruosità doppie, sembra non farsi questa necessaria se non che ove le specie sieno più numerose e meglio conosciute.

Feti doppi per adesione sopra ombelicale
(sopra-onfalo-didimico).

Il sig. Jolly, antico Interno degli spedali, oggi medico a Chateau-Thierry, il 14 marzo 1834, comunicavami il feto doppio rappresentato dalle tav. 5 e 6, corredato delle seguenti notizie.

Il sig. Jolly fu chiamato ad assistere una donna, che trovavasi nel travaglio del parto fino da otto ore: era questo il terzo parto; la testa del feto era già fuori, ma una resistenza insormontabile opponevasi alla sortita del tronco. Trovavansi le cose in questo stato già da tre ore quando la levatrice si risolse a reclamare il soccorso del sig. Jolly, il quale riscontrò la faccia del feto in avanti, il cordone ombelicale flaccido e non mostrando pulsazioni; dal che chiaro appariva che il feto era morto.

Solo dopo molte difficolta potè l' illustre chirurgo mettere in chiaro, trattarsi di due feti intimamente uniti: ed allora disimpegnò primieramente le due braccia del feto di cui era sortita la testa; quindi, portando il tronco in alto ed in avanti, disimpegnò il dorso, le natiche ed i piedi.

Ciò fatto, impossessossi delle natiche del secondo feto e ne fece l' estrazione in meno di un minuto. Nè l' uno nè l'altro di questi gemelli dettero segni di vita, seppure non era vivente il primo al momento della sortita della testa. Non esisteva che una sola placenta, sulla quale andavano a riunirsi i due cordoni ombelicali, che nell' intiero tratto della loro lunghezza mostravansi tra loro separati. La donna godeva perfetta salute all' epoca in cui il sig. Jolly partecipavami questa osservazione.

La fig. 1. della tav. II rappresenta il feto doppio femmina visto dalla sua parte anteriore (media grandezza).

L' adesione riscontrasi alla regione anteriore del tronco, ed è limitata *alla regione sopra-ombelicale dell' addome ed alla parte inferiore del torace.* Ai mostri doppi di questa specie potrebbe assegnarsi il nome di *sopra-onfalo-didimici.* Un cordone unico termina all' ombelico comune, il quale presenta un esonfalo con lacerazione della membrana semi-trasparente che formava il sacco erniario. Probabilmente, come nel maggior numero dei casi, qui pure la lacerazione del sacco erniario era accaduta in forza del parto.

La fig. 2, tav. II (grandezza naturale), rappresenta il canal digestivo; in essa si ha luogo di osservare, che ciascun feto ha il suo stomaco S, S', il suo duodeno D, D', ma che i due duodeni terminano ad un intestino comune C D, il quale si biforca, presso a poco, nel punto corrispondente alla parte media dell' intestino tenue; di più riscontrasi, che ciascuna branca di questa biforcazione portasi, in ciascun feto, ad un grosso intestino particolare, di modo tale che, il canal digestivo doppio superiormente, diviene comune in corrispondenza di quella porzione d'intestino tenue che porta il nome di digiuno, per ritornar poi doppio, alla sua parte inferiore.

La fig. 1. tav. III (grandezza naturale), rappresenta i visceri toracici e addominali dei due feti aperti; vedonsi

in essa i due sterni completamente distinti l' uno dall'altro. Ciascun feto ha il suo timo, i suoi due polmoni, ma i due cuori sono confusi in un solo organo, situato orizzontalmente, imperfettamente simetrico, di cui la metà destra è contenuta nella cavità toracica del feto destro, e la metà sinistra, nella cavità toracica del feto sinistro. Il suo bordo superiore concavo corrisponde alla base del torace in prossimità della appendice xifoide; il suo bordo inferiore convesso riposa sul diaframma.

Vi han poi quattro orecchiette, due a destra, delle quali una superiore O S (che nella posizione naturale del cuore resta nascosta), l' altra inferiore O I; due a sinistra O' S, O' I'. L'orecchietta superiore sinistra. O' S' e l' orecchietta inferiore destra O I, sono molto più sviluppate dell' orecchietta superiore destra O S (Ved. fig. 2) e dell' orecchietta inferiore sinistra O' I'. Si veggono pure su questa figura l' arteria aorta A dal lato destro, l' arteria aorta A' dal lato sinistro, le vene cave superiori e inferiori destre V C S, V C I, le vene cave superiori ed inferiori sinistre V' C' S', V' C' I'.

Un solo diaframma D, D, che resulta dalla riunione dei due diaframmi, vien traversato dalle due vene cave inferiori; esistono due centri aponevrotici, separati tra loro per delle fibre carnose; d' altronde questo muscolo membranoso è ben lungi dal presentare quella sua ordinaria curvatura, e ciò per una disposizione tutta speciale del fegato.

Visceri addominali. — Alcuni sono doppi, altri comuni.

1.° *Organi doppi.* — Due stomachi, di cui il destro vien nascosto dal fegato; due duodeni, due pancreas, due ilei, due intestini ciechi C C', due appendici vermicolari A V, A' V'; due grossi intestini, due paja di reni e di capsule surrenali, due vessiche, due uteri colle respettive appendici.

2.° *Organi comuni.* — Il digiuno ed il fegato.

Quest' ultimo, in special modo, richiamava la nostra attenzione.

Io avea creduto, di primo tratto, che non esistesse che un solo fegato F F, e in questa supposizione sorprendevami il piccolo volume di questa massa, la quale sarebbe stata a rappresentare i due fegati riuniti; ma in seguito, avendo rovesciata la matassa intestinale, trovai nella parte posteriore della cavità addominale un fegato del tutto simile al fegato anteriore F F, mostrando, come quello, il suo ligamento superiore, la sua vescichetta biliare e la sua vena ombelicale.

La vena ombelicale del fegato posteriore distaccavasi dal cordone, nel punto in cui questo cordone stesso penetrava per l' ombelico nella cavità addominale; quindi rasentando la parte posteriore dell' addome comune, rendevasi al solco antero-posteriore di questo fegato posteriore.

Il fegato anteriore ed il fegato posteriore aderivano fra loro, e questa adesione facevasi per il *loro bordo posteriore*; di modo che il fegato posteriore mostrava gli stessi rapporti colla parete addominale, come il fegato anteriore mostravali colla parete anteriore. Ambedue questi fegati sono bilobi.

Egli è assai difficile, di primo tratto, il rendersi conto della notata disposizione dei due fegati; tuttavia se si considera, che la parete anteriore dell' addome comune ai due feti, resulta, per la metà destra dall'addome del feto destro, e per la metà sinistra, dall'addome del feto sinistro; di più, che la parete posteriore vien costituita dalla metà destra del feto sinistro e dalla metà sinistra del feto destro, allora concepirassi facilmente, che il fegato, mantenendosi in quella regione dell'addome da esso ordinariamente occupata, dovea restare in sito per il feto destro (e questo era il fegato anteriore) mentre per il feto sinistro rendevasi necessario che questo viscere presentasse il suo bordo posteriore in avanti, e che per conseguenza opponesse quest'ultimo bordo

al bordo posteriore del fegato anteriore. Del rimanente, la unione dei due fegati non avea luogo che al terzo medio del bordo posteriore di questi organi: da ciascun lato poi vedevansi due profonde smangiature che corrispondevano alla porzione libera dei bordi del fegato.

Era finalmente da osservarsi che tanto il fegato anteriore come il fegato posteriore non occupavano gl'ipocondrj ma bensì le regioni epigastriche; che la loro linea mediana corrispondeva all' asse di unione dei due feti, e che i due lobi del fegato erano, presso a poco, eguali in volume e simili per la forma.

Cuore. — Le due figure 2 e 3 rappresentano il cuore aperto.

La fig. 2 mostra questo viscere aperto per il suo bordo concavo o superiore. Quindi per la stessa incisione si penetra in una cavità, la quale ha l' aspetto di un ventricolo terminato in cul di sacco a sinistra e dal quale partono, a destra, l' arteria aorta munita delle sue tre valvule e l'arteria polmonare A P, che non ne aveva che due: questa ultima arteria vien coperta, nella figura, dalla arteria aorta. Un setto incompleto stabilisce la linea di demarcazione tra le parti aortiche e le parti polmonari del ventricolo. La cavità che trovasi dappresso al bordo concavo del cuore era dunque il ventricolo aortico-polmonare del feto destro, e questa cavità comunicava, per mezzo di un' ampia apertura, colla cavità delle orecchiette.

La fig. 3 rappresenta il cuore aperto lungo il bordo convesso o inferiore. Questa sezione ne ha permesso di penetrare in una cavità, che avea l' aspetto di un ventricolo terminato in un cul di sacco a destra, e presentante a sinistra: 1.° l' orifizio dell' aorta provvisto di tre valvule; 2.° l' orifizio dell' arteria polmonare che non ne presenta che due; rendesi bastantemente manifesta nella figura la differenza di calibro di questi due vasi. È dunque il ventricolo spettante al feto sinistro, al tempo stesso, aortico e

polmonare come il ventricolo del feto destro; nel centro di esso esiste un orifizio guernito di valvule e che dal ventricolo comune porta nella cavità comune delle orecchiette. Inoltre l' arco dell' aorta presentava quella sì comune anomalia, della origine della arteria succlavia destra al di sotto l' arco dell' aorta e nel punto del tragitto di quest'ultima arteria dietro la trachea e l' esofago.

Cavità comune delle orecchiette. — Rovesciando il cuore di basso in alto e praticando una incisione estesa dall' una all' altra vena cava inferiore, si penetra in una cavità a pareti estremamente sottili, divisa in due metà, una superiore, l'altra inferiore, per mezzo di un setto orizzontale incompleto: questa cavità è la cavità comune delle orecchiette; la metà superiore di essa riceve le vene polmonari, la metà inferiore riceve le vene cave.

Nel nominato setto orizzontale distinguesi, a destra, una *fossa ovale* pronunziatissima, il di cui fondo mostrasi come crivellato per tanti fori; a sinistra, un *foro del Botallo*; nella parte media havvi mancanza completa del setto.

Quindi, questa cavità comune delle orecchiette, che è situata su di un piano posteriore ai ventricoli, comunica con ambidue questi ultimi, dal chè se ne inferisce: che il cuore di questo feto doppio resultava da due ventricoli aortico-polmonari e da una cavità auricolare comune; che il ventricolo aortico-polmonare superiore o ventricolo del bordo concavo apparteneva al feto destro; che infine il ventricolo aortico-polmonare inferiore o ventricolo del bordo convesso apparteneva al feto sinistro.

I due feti erano dunque nelle condizioni circolatorie dei pesci. Distinta era la loro circolazione ventricolare; comune la loro circolazione auricolare.

Frattanto, malagevole assai riescirebbe il rendersi conto del modo col quale possa essersi effettuato il coalito dei due cuori, dei quali peraltro si fan bastantemente manifesti i vestigj a chi esamini con qualche attenzione lo stato delle parti.

È poi un fatto singolare, che le due arterie polmonari non fossero provviste che di due sole valvule, mentre che assai più spesso che l'arteria aorta, trovansi andare esse provviste di quattro valvule.

Riflessioni. — Abbenchè i mostri doppi per adesione sopra-ombelicale non sieno molto rari (vedete le riflessioni fatte dal sig. Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire t. III, p. 81); tuttavia, ad eccezione del caso dell'agnello bimaschio, descritto e reso con figure, non ha guari, dal Barkow (*) il fatto da me qui rappresentato colle tav. II e III è forse il solo che offra dei dettaglj di organizzazione un poco circonstanziati.

Se pure una qualche analogia ritrovar non si volesse nella osservazione pubblicata dal sig. Valentin (Ephem. nat. cur. dec. II, Ann. III, obs. 90 avec fig.) e dal Dorsten (Dissert. de monstr. human. Marbourg, 1684). In questo caso l' adesione era egualmente limitata alla porzione dell' addome compresa tra l' ombelico e l' appendice xifoide ; internamente non esisteva che un solo fegato quasi completamente doppio, provvisto di due vescichette biliari e di due vene ombelicali ; esistevano inoltre due stomachi, due milze , un solo intestino tenue , due grossi intestini e due cuori ben distinti, e quest' ultima circostanza costituiva una essenzial differenza tra il presente caso e quello da me riportato.

Alla adesione sopra-ombelicale ; *sopra-onfalo didimico* (**) riportar si deve il mostro doppio conosciuto sotto il nome di *gemelli siamoiti*, che, nel 1835 esisteva a Parigi. Nella impossibilità di assicurarmi da me stesso del luogo e del modo della aderenza , io richiamo pei dettagli di

(*) Monstra animal. duplicia, t. 1, p. 76.

(**) I mostri doppi per adesione sopra-ombelicale costituiscono, secondo il sig. Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire, il genere xifogea della divisione dei mostri doppi monocefali.

questo caso, la descrizione esattissima che ne fu data dagli osservatori di Boston, di New-York, di Londra e di Parigi, e particolarmente alla relazione anche più accurata del sig. Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire. Questi due esseri cotanto interessanti, chiamati Chang e Eng, sono tra loro uniti per mezzo di un legame consistente in un corpo schiacciato a guisa di una fascia, flessibile, di cinque pollici di lunghezza e di tre di larghezza; la qual fascia, non avendo esistito in principio, ha dovuto necessariamente formarsi in seguito per la trazione in senso inverso operata dai muovimenti dei due individui, tra i quali essa è il mezzo facilitante la indipendenza dei muovimenti e delle loro diverse attitudini. Ora questo nesso veniva egli unicamente costituito dalla pelle, dal tessuto cellulare, dai muscoli? conteneva egli nella sua spessezza qualche porzione dei visceri addominali, come vanno affermando molti medici americani, o sivvero racchiudeva qualche vaso? finalmente esser poteva egli sede di un cuore comune ad ambedue questi esseri? ma la presenza del cuore entro la spessezza di una fascia così sottile mal concepirebbesi da chi ha fior di senno, e havvi di più il fatto sufficientemente constatato della mancanza di isocronismo tra le pulsazioni dei due feti.

Ora, comunque si stieno le cose, consiglio sommamente riprovevole sarebbe stato quello di praticare l'incisione di questo nesso, sia con un istrumento tagliente, sia colla legatura, poichè una sì imprudente misura avrebbe portato assai probabilmente la morte dei due gemelli. Nè il fatto di Konig, avente per titolo *Gemelli sibi invicem adnati feliciter separati* sarebbe su tal soggetto una sufficiente garanzia, poichè primieramente dubbia ne rende la sua autenticità l'epoca nella quale venne esso raccolto; e forse non per esserne stato testimone oculare, ma solo per averlo inteso dire. Konig (*) parla di due bambine, unite fra loro in tutto il tratto

(*) Ephem. nat. cur. dec. II. an. VIII, obs, 145, ann. 1689.

esteso dall' appendice xifoide fino all' ombelico, e le quali furono felicemente separate in principio per mezzo di una legatura la quale faceasi sempre più stretta, quindi collo strumento tagliente.

Il coalito dei fegati nelle adesioni sopra-ombelicali presentossi al sig. Serres, un carattere di tale importanza, che questo autore ha creduto dovere aggruppare attorno di esso, a cui egli dà il nome di *condizione fondamentale dei mostri doppi*, tutte le altre circostanze d' organizzazione di quei mostri, da esso distinti col nome di *epatodimi*. In questa classazione, se i due fegati si trovino confusi in un solo, il mostro prende il nome di *epatodimo complesso*; se i due fegati sono divisi, appellasi allora *epatodimo accomplesso:* I caratteri degli epatodimi complessi ridurrebbersi, indipendentemente dalla penetrazione dei fegati e come conseguenze di questa unione: 1.° all'unione degli esseri per i fianchi, 2.° alla separazione delle teste, 3.° ad uno sterno unico o complesso, 4.° all' unità del bacino e dell' addome, 5.° alla dualità dello stomaco e degli intestini tenui (*).

Il sig. Serres, in un articolo (**) in cui si scorge tutto il talento d' induzione e la maniera ingegnosa dell'autore delle leggi dell' osteogenia, cerca a stabilire in qual mo-

(*) Recherches d' anatomie transcendente et pathologique (pag. 95.)

(**) *Loc. citat.* pag. 96, art. XIII, *Explication de l'organisation exterieure des hépatodymes*, ec. pag. 108: l' autore spiega nel modo seguente l' influenza del fegato sui muovimenti che gli organi dell' embrione eseguiscono, onde collocarsi ciascuno in quel posto che essi devono conservare nel resto della vita. » Ma se attentamente si osservi, » in breve salterà all' occhio la influenza che il fegato esercita sui muo- » vimenti degli organi, e chiaro mostrerassi, come questo viscere coman- » di, in certo modo, tutte le evoluzioni che si osservano nei visceri » dell' addome e del petto; intermedio a queste due cavità, tutto si di- » spone e coordinasi attorno a lui. La sua posizione assegna la posizione » agli altri visceri; il suo spostamento trae seco degli altri visceri lo » spostamento; la sua trasposizione, la trasposizione loro; la sua assenza » fa cessare qualunque armonia di rapporti; la sua duplicità è fonte di

do, delle condizioni d' organizzazione così leggiere quali sono la riunione o la separazione dei due fegati, possano esercitare una influenza così marcata sulla organizzazione dei mostri doppi. Mentre queste idee si applicano perfettamente ai fatti che il sig. Serres aveva sott' occhio, non è facile però il convenire, che il coalito dei fegati sia il fatto fondamentale nella duplicazione mostruosa; e che ad esso assegnar si debba una importanza maggiore di quello che, per esempio, al coalito dell' intestino tenue o a quello del cuore.

Sta inoltre in opposizione alla maniera di vedere del sig. Serres, il fatto rappresentato dalle tavole II e III; in esso aveasi riunione dei due fegati, ossia trattavasi, secondo Serres, di mostro epatodimo complesso, intanto che i due feti erano uniti non per i fianchi, ma faccia a faccia; doppio era lo sterno; aveasi dualità dell' addome e del bacino; unità dell' intestino digiuno.

Finalmente il precitato autore stabilisce (p. 96), che nel loro coalito, i fegati compenetransi costantemente per le loro estremità; e ciò pure viene smentito dal nostro fatto, dal quale resulta un modo di adesione assai differente, ossia i due fegati tra loro riuniti pei loro bordi posteriori.—

» una armonia nuova, di cui esso è sempre il centro, il mobile, il re-
» golatore. »

Questo fatto di embriologia è ben differente da quello, che io cercai di stabilire (ved. Anat. descriptiv. t. III. pag. 552), che niun organo cioè, modellasi più perfettamente di quello faccia il fegato sulle parti circumstanti, nè più impunemente subisce dei cangiamenti di forma, per dato e fatto, sia di pressioni esterne, sia di pressioni esercitate dagli altri visceri; che in una parola, sia quanto quello duttile e malleabile sotto l' influenza di una pressione lentamente esercitata.

Fascicolo 30.

MALATTIE DELLA MAMMELLA.

Cancro.

(Tavola. I)

Spiegazione delle figure.

La mammella rappresentata dalla tav. I, fu amputata dal Sig. Giulio Cloquet, il quale cortesemente me la inviava.

Apparteneva essa ad una donna, in età di 48 anni, di forte costituzione, sempre mestruata, abbenchè da qualche tempo più scarsamente che per lo addietro, e la quale affermava, che la malattia datava solamente da un anno, e che nel corso degli ultimi sei mesi, la mammella era raddoppiata di volume. Del rimanente, più che da veri dolori veniva l' ammalata molestata dal peso del tumore , al quale niuna causa apparente, sia morale che fisica, sembrava aver dato origine. Le incombenze a cui questa donna presiedeva, la costringevano a una vita di somma attività.

Fig. 1. La pelle era mobile sul tumore, il quale , di una forma sferoidale, mostravasi lobuloso e saccato.

Investigandone la sede, credei di buon principio, poterla stabilire nella mammella, ma non tardai gran fatto, a riconoscer falso questo mio giudizio dietro l' attento esame di questa glandula, la quale mostrossi sana, atrofizzata e respinta sopra uno dei lati del tumore. Estraneo pure alla alterazione mostravasi il tessuto adiposo.

Il tumore offriva, per un tratto della sua estensione e segnatamente in quella parte ove distinguonsi delle ramificazioni vascolari, una fluttuazione analoga a quella che offrir può la raccolta di un liquido; in altri punti ancora mostrava l' istessa fluttuazione, ma molto meno apparente che nella parte sopra accennata; nel resto riscontravasi in tutti i punti una ben marcata consistenza.

Osservato a traverso l'inviluppo fibroso che lo ricopriva, questo tumore mostrava il suo tessuto semitrasparente e di aspetto gelatiniforme.

La fig. 1_a rappresenta il tumore diviso. La porzione C che corrispondeva alla parte fluttuante di esso, apparteneva ad una ciste, ripiena di una sostanza vischiosa e filosa alla maniera della sinovia. Questa ciste poi presentava nella sua parte inferiore T A una disposizione areolare assai rimarchevole, per essere le areole costituite da dei filamenti nodosi, e pel contenere che esse facevano un liquido di apparenza sinoviale. La parte superiore poi di questa ciste era percorsa da dei vasi venosi lunghi, filiformi e come chiomati.

Le sezioni praticate sulle altre regioni del tumore, fuori di quella corrispondente alla già descritta ciste, presentavano un aspetto lobuloso (vedete fig. 1^a). Per esse scorgevasi, che la sostanza di questo tumore era ovunque penetrata da un liquido filoso, vischioso come la sinovia, che inverniciava le dita e che trovavasi accumulato nelle piccole cellule o areole scavate nel centro di alcuni lobuli.

Dei quali lobuli assai varia era la consistenza e la vascolarità, essendovene dei molli, trasparenti, e di una consistenza gelatinosa, altri più solidi, e come fibrosi. Questi lobuli suddividevansi probabilmente in altri lobuli più piccoli, dei quali sebbene non si constatasse ocularmente la esistenza, non scorgendosi i setti che gli dividevano, pure si deducevano per la sensazione che provavasi comprimendo il tumore, sensazione la quale era analoga

a quella che si prova nel tener fra le dita il corpo vitreo.

Ed in proposito a quello io diceva, che lo sviluppo vascolare presentava molte varietà, farò qui osservare, come la vascolarità di questo tumore consistesse in dei piccoli vasi capillari, disseminati, appena visibili a occhio nudo, ma visibilissimi alla ispezione colla lente; nel tempo stesso che riscontravansi nel centro di alcuni lobuli, dei grossi vasi venosi rassomiglianti a delle piccole masse di sangue; la qual disposizione vascolare mostravasi, in special modo, in quei lobuli scavati in cellule ripiene di liquido di apparenza sinoviale.

Le figure 2 e 3 son destinate a rappresentare i diversi aspetti della sostanza del tumore. La fig. 3 dà una esatta idea della semi-trasparenza e dell' aspetto del più gran numero dei lobuli; la fig. 2 è l' immagine fedele dello sviluppo venoso osservato nella spessezza di alcuni lobuli: vi si veggono dei versamenti sanguigni, delle specie di isole, delle numerose e piccole arborizzazioni circolatorie, di nuova formazione intieramente venose, come d'altronde osservasi in tutte le produzioni accidentali.

Riflessioni. — Il tumore lobuloso, di cui dava qui la descrizione, riportasi a una delle numerose forme delle malattie conosciute sotto il nome *di cancro della mammella.* Ora, qual rapporto stabilir potrebbesi tra questa forma e la forma ulcerosa, atrofica, tra i caratteri anatomici di questo tumore e quelli dell' encefaloide, dello scirro?

Riandando tutte le circostanze, sia di sede, sia di struttura ec. di questi tumori, osserveremo primieramente: che frequente a riscontrarsi è il loro, sviluppo; che sono saccati; che si accostano, per la densità loro ai tumori fibrosi o corpi fibrosi dell'utero; che, in luogo di suco canceroso sta a riempirli un liquido di apparenza sinoviale; che il loro tessuto non presenta alcuna disposizione linea-

re, ma bensì una disposizione lobulosa o granulosa; che offrono poca vascolarità, in principio, cioè quando restano stazionari, ma che a un periodo più avanzato, grande si fa la loro vascolarità, nel tempo stesso che una più o meno grande quantità del liquido di apparenza sinoviale, ne infiltra il tessuto; che a questo periodo più avanzato, ponno essi acquistare, in pochissimo tempo, un volume considerevole, e determinare dei dolori, i quali, anzi che provenire dalla natura stessa del tumore, nascono piuttosto dal suo peso e dal suo volume; che sebbene per l'ordinario, sieno questi tumori unici, pure riscontransi talvolta multipli, ed occupano, ora il centro, ora la circonferenza della glandula mammaria. Finalmente i caratteri che costantemente gli accompagnano, cioè, la loro perfetta circoscrizione, la loro forma sferoidale, la loro consistenza, la loro mobilità, il loro intiero isolamento dalle parti vicine, gli fan sufficientemente distinguere dal tessuto stesso della glandula mammaria, nel tempo stesso che essi differiscono da tutti gli altri tumori mammarj, eccettuate le cisti.

Lo sviluppo di questi tumori sembrami non possa dirsi ordinariamente fatto a spese della glandula mammaria propriamente detta, se pure ciò non sia per uno spazio limitatissimo, tanto che restando intatta la maggior parte della sua sostanza, quasi riguardar si possano tali tumori ingenerati non a spese della sostanza propria della glandula, ma unicamente contenuti in seno di essa.

Non esistendo ancora la istoria anatomica e patologica di questi tumori, a cui assegneremo il nome *di corpi lobulosi e fibrosi della mammella*, stimiamo opportuno riportar qui alcuni dettagli, i quali saran per riescire idonei a gettare una qualche luce su di un soggetto di anatomia patologica tanto più importante, in quanto che la guarigione dei cancri mammarj per mezzo dell' amputazione è questione sempre sospesa, mentre la di lei soluzione è subordinata alla determinazione della natura delle malattie comprese sotto il titolo di cancro.

Il sig. Blandin presentò alla Società anatomica una mammella da esso amputata.

Era questa di un volume della testa di un bambino di sei mesi, sferoidale, saccata, lobulosa, perfettamente mobile in tutti i sensi, eccettuato un punto in cui la pelle presentava una ulcerazione circolare e come se fosse stata asportata la sostanza dell' organo per mezzo del bisturino; la pelle vestiente il tumore era rossa, sommamente sottile, semi-trasparente nei punti che corrispondevano ai lobuli i più prominenti, mentre nei punti intermedj manteneva la sua naturale spessezza. Studiando questo pezzo patologico, potei mettere in chiaro, che nello assottigliamento e quindi nella erosione della pelle, dei vasi venosi e flessuosi fansi appariscenti sulla faccia profonda di essa, per divenir poi visibili a traverso il derma assottigliato e a traverso l'epidermide, e che in seguito, il derma sempre più atrofizzandosi si fa sede di una erosione.

Ritengo poi per fermo in questo caso, che la piaga della pelle non sia punto da riguardarsi come una ulcera cancerosa, ma piuttosto una soluzione di continuità per distensione di parti; e che questo tumore, di cui l' ammalata non erasi accorta se non che dopo 18 mesi, rimasto, presso a poco, stazionario pel corso di un anno, abbia fatto notabili progressi solo nel corso degli ultimi sei mesi.

Frattanto, come di sopra accennava, era questo tumore saccato, e colla sua ciste aderiva alla pelle nei punti rossi e prominenti, cioè a dire, nei punti più prominenti dei lobuli.

In questi stessi punti la ciste, che era di natura fibrosa, aderiva pure al tumore, mentre in tutto il rimanente suo tratto, mostravasi libera da qualunque aderenza e detto sarebbesi che questo sacco fibroso, alla maniera della dura madre o del pericardio, fosse tappezzato da una membrana sierosa, la quale sarebbesi reflessa sui lobuli del tumore.

Così, le cisti accidentali dividonsi in cisti aderenti, ed in cisti non aderenti; distinzione d' altronde importantissima.

Una sezione del tumore presentavami una disposizione lobulosa marcatissima tanto nel centro come alla circonferenza. Nel centro poi riscontrai un gran numero di lobuli scavati alla maniera di geodi e quindi una cavità libera e levigata, pochissimo regolare e resultante dalla semplice juxta-posizione di molti lobuli; la qual cavità libera e levigata vedeasi umettata da del suco viscoso, sinoviale, e come se i lobuli che la costituivano, fossero stati rivestiti da una membrana sierosa o sinoviale, tanto che potea considerarsi questa porzione di tumore come una membrana fibrosa sormontata da un certo numero di lobuli di forma piramidale.

Indipendentemente da questa cavità centrale resultante dalla juxta-posizione dei lobuli, senza alcuna aderenza tra loro, la suaccennata cavità centrale o geode spettante a un certo numero di lobuli, veniva formata dalla juxta-posizione, senza aderenza, di una quantità di granulazioni; di modo tale che incidendo i nominati lobuli su qualche punto della loro circonferenza, poteasi rovesciarli in modo da far loro rappresentare un sacco, la di cui superficie esterna, resa ineguale per le granulazioni, corrispondeva al centro del lobulo, mentre che la superficie interna di quest' istesso sacco corrispondeva alla superficie di esso.

Regolare dunque era la disposizione di questo tumore, dividendosi in lobuli, e questi in granulazioni, che ora, erano tra loro aderenti, ora totalmente libere, nel quale ultimo caso soltanto poteasi effettuare il descritto arrovesciamento dei lobuli.

Biancastro era il colore di questo tumore ed analogo a quello di una glandula salivare, tanto che di primo tratto, detto avrebbesi non contenere esso vasi sanguigni, i quali però, rendevansi patenti al microscopio ed anche al-

l' occhio nudo, previa una più attenta e prolungata ispezione; ed erano questi vasi venosi numerosissimi e tenuissimi, alcuni dei quali serpeggianti sulla superficie dei lobuli, altri contenuti nella loro spessezza, nè mancavano pure di presentarsi ad un attento esame sulla superficie delle stesse granulazioni. Finalmente, ottenevasi da questo tumore per la espressione, non il suco canceroso, ma bensì un liquido sinoviale.

Non ha dubbio, che l' alterazione di che qui si tratta manchi affatto di qualunque somiglianza colle forme cancerose generalmente descritte, abbenchè la si voglia aver contro-distinta colla denominazione di *cancro colloide allo stato di crudità.* Infatti ne sia qui permesso di osservare , che il cancro colloide , cioè a dire , il cancro areolare gelatiniforme non presenta un vero stato di crudità, avendomi provato, fino da lungo tempo , la osservazione, che la distinzione dei periodi di crudità e di rammollimento delle malattie cancerose è del tutto artificiale; e che i cancri sono primitivamente duri o molli secondo la quantità del suco canceroso che trovasi infiltrato nelle loro maglie.

I caratteri proprj dei cancri lobulosi saccati consistono: nel manifestarsi nelle donne giovani e talvolta all' epoca della pubertà ; nel restare indolenti e inerti per un grandissimo numero di anni ; nell' aumentar di volume colla maggior rapidità e come per ipertrofia, ove si faccian sede di una flussione nutritiva o di una secrezione vischiosa; finalmente nel cagionare degli sconcerti per dipendenza del loro volume e peso, molto più che per qualunque altra causa.

In quanto poi alla facilità della recidiva, io son molto proclive ad ammettere, che una volta estirpati , questi tumori non si riproducano tanto agevolmente ; opinione che merita però di essere anche convalidata da maggiore esperienza.

Riporto qui sotto una osservazione, la quale può esser riguardata come il tipo dei corpi lobulosi e fibrosi saccati delle mammelle.

Fui consultato dalla sig. C. . . . in età di 40 anni, di fortissima costituzione, nel più florido aspetto di salute, e colla quale io trovavami spesso in società. Portava essa nella mammella sinistra tre tumori durissimi, del volume di un uovo di piccione, e nella mammella destra, un solo tumore fibroso del volume di un grosso uovo di pollastra; questi tumori erano bernoccoluti, ben circoscritti, esistevano fino dalla pubertà e davano alle mammelle un considerevol volume; dai quali caratteri credei io poter loro assegnare il nome di *corpi fibrosi delle mammelle*. Frattanto, prossima alla epoca critica, e sembrandole di notare un vistoso aumento nei descritti tumori, l' ammalata avea risoluto di prendere un partito. Fu mio sentimento, che l' aspettare non includeva pericolo di sorta; che questi tumori non erano di natura cancerosa; che nel caso di sviluppo considerevole o anche in quello di degenerazione, resterebbe sempre la opportunità alla asportazione; che d' altronde niun altro partito sembravami fosse da prescegliersi, e che uopo era, o non far niente o asportare i tumori. Disgraziatamente il mio consiglio non fu sentito: un pratico, d' altronde distinto, credè potere ottenere la risoluzione dei tumori per mezzo di ripetute applicazioni di mignatte, coi bagni continuati per lungo tempo, e con un regime estremamente debilitante; ma questo modo di medicatura, questa specie di metodo Valsalviano per mezzo delle sanguisughe, portò a un deperimento straordinario dell' universale, senza esercitare la benchè minima influenza sui tumori: sopraggiunse una eresipela erratica, la quale dopo aver percorso tutta la superficie del corpo, portò al completo esinanimento della ammalata, la quale soccombè a un flemmone profondo sviluppatosi nella destra mammella. Come era stato io consultato pochi giorni

avanti alla morte, così fui pregato di assistere alla successiva necroscopia.

In perfetto stato normale trovavansi tutti gli organi interni.

I tre tumori della mammella sinistra, sempre mobili, perfettamente circoscritti, lasciaronsi facilmente isolare di mezzo al grasso che gli circondava, ed erano uniti alla glandula mammaria unicamente per un poco di tessuto cellulare. Di questi tre tumori, due aveano il volume di un uovo di gallina, il terzo, quello di una noce. Mostravano un colore bianchissimo, tanto nel centro come nella superficie loro; la quale ultima colle sue ineguaglianze attestava la loro disposizione lobulosa, mentre la sua levigatezza stava a indicarne, esser questi tumori contenuti in cisti. Essi poi decomponevansi in lobuli, ed i lobuli in granulazioni strettamente unite fra loro, come nel caso riferito più sopra. Il loro tessuto era estremamente compatto, di natura fibrosa, non gemente alcun umore anche sotto la più valida pressione. Atrofizzato mostravasi il tessuto della glandula mammaria, e nella sua spessezza esisteva un piccolissimo corpo fibroso, libero da tutti i lati e dell' istessa natura dei già descritti.

Un denso strato di pus riscontravasi tra i tumori ed il muscolo gran pettorale, il qual pus introducevasi, per così dire, entro la sostanza del tumore e riunivasi poi in una specie di geode.

L' altra mammella era trasformata in una sola massa fibrosa e lobulosa, e niun benchè piccolo vestigio in essa mostravasi della glandula mammaria propriamente detta.

L' ammalata era stata sterile.

Riflessioni. — I corpi fibrosi e lobulosi, sviluppati entro la glandula mammaria intatta, sono assai difficili a distinguersi dalla trasformazione fibrosa del tessuto glandulare propriamente detto; trasformazione che può consi-

derarsi come una ipertrofia circoscritta di una porzione della glandula mammaria stessa, e che porta in seguito alla trasformazione di tutta la intiera glandula mammaria in un tessuto fibroso.

Nell' esame da me con qualche attenzione istituito su di una mammella estirpata da un chirurgo distintissimo in una giovine di ventiquattro anni, sembrommi poter constatare, che questa mammella altro non fosse che il tessuto mammario ipertrofizzato. Era il tumore diviso in lobuli distinti tra loro, e la di cui sezione presentava delle granulazioni divise per mezzo di tante grosse lamine fibrose; in mezzo al tumore riscontravasi un gran numero di canali galattofori, da cui potei ottenere per espressione un liquido giallastro simile al colostro. Questa mammella estirpata come scirrosa, era dunque non altro che una mammella ipertrofizzata, la quale arrecar dovea degli sconcerti unicamente pel suo peso e pel suo volume.

Coincidono con questi fatti (a constatare i quali uopo non è di una sottile anatomia patologica delle mammelle) i resultati della mia pratica, i quali, soventi volte, fecermi vedere, dietro adattati rimedj, la completa risoluzione di tumori mammarj, i quali ne avrebbero, di primo tratto, imposto per tumori scirrosi, e pei quali sarebbesi facilmente devenuti alla estirpazione.

Queste riflessioni sono applicabili ad altri organi, al testicolo, all' utero, allo stomaco ec.

MALATTIE DELLA DURA-MADRE.

Tumori fibrosi della rocca.

(Tavola II.)

Tumore fibroso nato dalla faccia posteriore della rocca, comprimente il cervelletto e la protuberanza anulare. — Perdita successiva di tutti i sensi. — Erosioni profonde della superficie interna della base del cranio. — Compenetrazione della sostanza cerebrale nelle erosioni o piccole escavazioni accidentali di questa base.

La giovine Amable, di 26 anni e 3 mesi, confidata alle mie cure nei tre ultimi mesi di sua vita, presentossi, al momento della mia prima visita, nello stato seguente: Amaurosi completa; perdita completa del gusto e dell'odorato; sordità incompleta; cefalalgia fierissima, che l'ammalata riporta costantemente alla sommità della testa; torpore alla cute della faccia, e di tempo in tempo, dolore vivissimo alla coscia sinistra, che sembra alternarsi colla cefalalgia.

Integra la intelligenza: vivo desiderio di morire, come il solo mezzo a dar termine a tante pene.

Niuna paralisi del moto.

In progresso osservaronsi a quando a quando, contrazioni convulsive dei muscoli della faccia, accompagnate da rigidità delle membra specialmente dal lato sinistro.

L' ammalata alzossi costantemente tutti i giorni, eccettuato l' ultimo mese di sua vita, nel corso del quale ella si tenne costantemente giacente, obbligata a ciò dal suo stato generale di debolezza.

In questo ultimo mese, essa provò, di tempo in tempo, degli accessi di ecclampsia, i quali manifestavansi con delle visioni straordinarie; di più, la sua lingua mostrava dell' inceppimento nei muovimenti, ed in qualche momento anche la ragione perdevasi.

A malgrado la perdita del gusto, l' appetito per gli alimenti erasi mantenuto: ma nei 15 ultimi giorni si ebbe ancora il rifiuto a qualunque maniera di cibarsi, e per la prima volta sopraggiunsero nausee quasi continue; sforzi violenti di vomito che portavano fuori del liquido vischioso, intanto che la cefalalgia raddoppiava di forza. Questi accessi lasciavano dei rari intervalli, nei quali era a sorprendere come si ottenessero e l' aggiustatezza delle idee, e la perfetta e libera articolazione della voce. In uno di questi intervalli di calma, più prolungato degli altri, e mentre concepivansi dai suoi genitori le più liete speranze, l' ammalata perdè istantaneamente la cognizione e soccombè dopo una agonia di 24 ore.

Per tutto il tempo in che fu questa ammalata affidata alle mie cure, tutto il metodo curativo raggirossi nell'uso dei calmanti, in qualche derivativo cutaneo, nella amministrazione degli oppiati, senza che io temessi di favorire le congestioni cerebrali, poichè la calma era, in questo caso, lo scopo unico a cui dirette esser doveano le mire del medico.

Io avea diagnosticato: *compressione del cervello per un tumore sviluppatosi, sia a spese delle meningi, sia nella sostanza del cervello stesso; probabile la sede di questo tumore alla base del cranio.*

I commemorativi di questo caso erano: salute perfetta fino all' età di 19 anni.

Allora, sordità incompleta dell' orecchio sinistro; quindi violenti accessi di male al capo, che si rinnovano molte volte la settimana, si dissipano assai prontamente, e mitigansi costantemente per l' applicazione sulla fronte dei

corpi freddi, ciò che portava l' ammalata ad appoggiare quasi istintivamente la sua fronte sul marmo e sugli oggetti di ferro.

A 20 anni, *diminuzione della vista nell' occhio destro.*

A 21 anno contrazioni convulsive della guancia sinistra, duranti le quali la commissura della bocca dall'istesso lato si accosta all' orecchie. Queste contrazioni si rinnovano per tre volte e a corti intervalli. — Salasso dal piede. — Nuove contrazioni alla medesima guancia. — 16 sanguisughe alle apofisi mastoidee. Fino da questo momento, la vista va gradatamente indebolendosi, e dopo tre settimane l' ammalata distingue tanto poco gli oggetti, che uopo si rende l' accompagnarla, ove ella trasferir si voglia da un luogo a un altro.

Di niuno resultato riescono i rimedj indicati dai principali oculisti. — L' ammalata vien ricevuta nello spedale della Carità, ove non trovando miglioramento per la vista, decidesi a entrare all' Hôtel-Dieu, ove l' applicazione del moxa e dell' elettro-puntura, riescono pure affatto inefficaci; tutti gli sconcerti acquistano maggiore intensità; riproduconsi le contrazioni spasmodiche della guancia sinistra, e nel termine di qualche mese di permanenza nello spedale, l' ammalata perde completamente la vista.

Decisa di non sperimentar più alcun rimedio, esce dallo spedale. Si mantiene in uno stato stazionario pel corso di due anni, nei quali buonissime mantengonsi le condizioni generali di salute; l' appetito abbondante; la cefalalgia meno violenta e interrotta da lunghi intervalli di tregua; le forze muscolari, ritornate in vigore, permettono alla ammalata delle lunghe passeggiate; ed in quanto alla cecità, ella vi si è pazientemente rassegnata, ed i suoi genitori non concepiscono alcun timore per l' avvenire.

Ma tutto in un tempo (9 o 10 mesi avanti la morte) sopraggiungono dei fenomeni nuovi, i quali stanno ad at-

testare, che la cecità non è punto idiopatica, ma che tiene invece ad una causa organica, permanente, attuale, i di cui progressi, abbenchè lenti e come insensibili, sono tali però da far temere, più presto o più tardi le più funeste conseguenze. Questi nuovi sconcerti consistono nel torpore della guancia destra, nel dolore vivissimo al capo, alternato da altro dolore non meno vivo alla coscia sinistra; quindi alle contrazioni spasmodiche dei muscoli della faccia si aggiunge l' irrigidimento degli arti superiori.

L' ammalata portasi allo spedale Beaujon ove perde il senso del gusto. — Ritornata alla casa paterna, dopo aver dimorato 3 mesi in detto spedale, perde ancora il senso dell' odorato. In quest' epoca fui io chiamato a prestarle la mia assistenza, e più sopra indicai qual fosse il resultato delle mie osservazioni.

Necroscopia. Io avea già pronosticato la malattia, un tumore sviluppato nel cranio, che produceva sul cervello e probabilmente in corrispondenza della base di quest'organo, una compressione, da cui nascevano e la perdita successiva di tutti i sensi e l' indebolita sensibilità della faccia.

Infatti, aperto il cranio, e rovesciato il cervello dal basso in alto e dall' avanti all' indietro, presentossi nella fossa occipitale inferiore sinistra e per conseguenza al di sotto la tenda del cervelletto, un tumore duro, mammellonato, che comprimeva validamente la metà laterale sinistra della protuberanza anulare, la midolla allungata, il peduncolo del cervelletto corrispondente, ed il cervelletto stesso. (Vedete figg. 1, 2, 3.) Questo tumore aderiva per un peduncolo assai voluminoso, alla faccia posteriore della rocca (fig. 3).

La fig. 1 rappresenta la sezione del peduncolo P T. — L' origine del tumore corrispondeva ad una cavità C fig. 4, situata sulla faccia posteriore della rocca, cavità anfrattuosa, occupante la metà interna di questa faccia posterio-

re, e che riuniva il canale auditorio interno al foro lacero posteriore ed al canal carotideo.

La fig. 1 mostra il tumore nei suoi rapporti colla massa encefalica: e chiaro si scorge, come esso esercitasse una considerevol pressione sulle parti testè accennate. Si veggono i filamenti dei nervi pneumo-gastrico, glosso-faringeo e accessorio del Willis (8.°) respinti in avanti dal tumore, attorno il quale essi vanno aggirandosi. Regolare è la disposizione di questi nervi, poichè essi procedono staccati l'uno dall'altro, nè mostrano alcuna alterazione di tessuto. — Il nervo grande ipoglosso (9.°) non presenta cosa alcuna da rimarcarsi. Si scorgono situati d'avanti al tumore i filamenti del quinto pajo (5.°), disposti tutti alla maniera di un nastro larghissimo. — Il nervo del sesto pajo (6.°) è tolto al suo normale andamento, ma non alterato nella sua struttura. Il nervo olfattorio sinistro atrofizzato (1.° P.); il nervo olfattorio destro assottigliato; i nervi ottici (2.° P) completamente atrofizzati. Il loro tessuto è di un color grigio.

La fig. 2 rappresenta il tumore rovesciato in maniera da mettere in tutta evidenza quella depressione dell'encefalo, nella quale detto tumore veniva ricevuto. Il nervo del quinto pajo (5.° P) presentava in tutta la sua porzione corrispondente al tumore, una disposizione a nastro assai rimarchevole per la sua larghezza e per la sua poca grossezza. I nervi del settimo pajo (7.°), porzione dura e porzione molle, avevano subìto una assai marcata compressione, di modo che, una leggiera trazione bastò a distaccarli dal loro punto di origine; il corrispondente peduncolo del cervelletto mostravasi rammollito alla sua superficie, e le lamine del cervelletto disgregate e atrofizzate.

Il già descritto nastro del quinto pajo veniva esclusivamente formato a spese della grossa radice di questo nervo, la quale sembrava distaccata dal suo punto di origine, mentre la piccola radice non vi contribuiva in conto alcuno. I due nervi del quinto pajo mi si presentarono al-

terati e di color grigio nel punto della loro sortita dal ganglio di Gasser. Il notato color grigio estendevasi soltanto al nervo massillare inferiore sinistro.

Il tumore era di natura fibrosa e non presentava il più piccolo vestigio di degenerazione cancerosa; il peduncolo P T, fig. 1 offriva pure qualche traccia di ossificazione. Questo peduncolo che si approfondava nella cavità irregolare rappresentata dalla fig. 4, potè facilmente venirne separato, di modo tale che parvemi nascesse il tumore meno dall'osso che dalla porzione della dura-madre, la quale prolungavasi nel canale auditorio interno; del resto, quest' ultimo canale rendevasi impossibile a riconoscersi in mezzo alla cavità anfrattuosa C. (fig. 4), la quale riunendo tra loro il condotto auditorio interno ed il foro lacero posteriore, comunicava largamente col canale carotideo e occupava la metà interna della faccia posteriore della rocca. — I nervi acustico e faciale erano completamente distrutti fino dal punto del loro ingresso nella rocca, almeno io non ne seppi trovare i vestigj, e molto ragionevole faceasi il supporre, che essi pure avessero provato gli effetti di una compressione, la quale era a ritenersi come molto valida, avendo potuto a tanta sostanza consumare la porzione pietrosa dell' osso temporale. Portatomi poi ad esaminare, con qualche attenzione, le ossa del cranio, potei constatare in esse sulla loro interna superficie, una singolare disposizione, che restami ancora a descrivere e della quale si ha nella fig. 3 una immagine fedele.

Sollevando il cervello dal basso in alto e dall' avanti all'indietro, avea io potuto constatare: che la sostanza grigia di quest' organo sortiva dalle fossette o alveoli da cui la base del cranio vedevasi scavata; che corrispondentemente a queste fossette o alveoli mancante affatto riscontravasi la dura-madre; che gli sforzi di trazione necessarj per l' asportazione del cervello portavano alla la-

cerazione della sostanza cerebrale stessa, di cui alcune piccole porzioni restavano impegnate nei sunnominati alveoli. Dal che chiaro appariva, che queste impressioni profonde, a superficie rugosa e come lacerata della base del cranio, erano da considerarsi non altro che il resultato della compressione esercitata dal cervello sui diversi punti della base stessa, nella guisa medesima che per legge anatomica, le prominenze e le impressioni della superficie interna del cranio trovansi in un rapporto diretto e necessario colle anfrattuosità e colle circonvoluzioni del cervello.

La doccia basilare mostravasi appianata. Della lamina quadrata dello sfenoide non restavano che pochi avanzi.

La sella turcica, assai più ampliata dell'ordinario, oltre ad essere occupata dalla glandula pituitaria, offriva ancora una notabile prominenza costituita dalla parete inferiore del ventricolo medio, la quale veniva respinta e come sollevata, alla guisa di un sacco semi-trasparente, da una quantità di liquido sieroso.

Questa sella turcica era ridotta ad una doccia, di cui il bordo sinistro mancava in totalità, mentre il bordo destro era sommamente tagliente. In fondo di questa doccia esistevano delle piccole erosioni, le quali attestavano che l'osso sfenoide sarebbe rimasto, in progresso, esso pure traforato.

Le superfici orbitali e le fosse sfeno-temporali erano profondamente erose, come se provato avessero l' azione corrosiva di un acido: scavate, cioè, in tanti fori ed in tante fossette separate tra loro per delle specie di punti ossei molto irregolari. I due fori ovali F O, F O mostravansi notabilmente ingranditi e soprattutto quello del lato destro (lato opposto al tumore), il quale avea acquistato il triplo della sua naturale dimensione; il gran foro rotondo era, come il foro ovale, più sviluppato di quello del lato opposto. Le fosse etmoidali mostravansi ampliate e sparse di fori, resultanti dalla sostanza erosa, ben distinti dai fori vascolari e nervosi della lamina cribrosa.

Tutte queste erosioni aveano singolarmente assottigliato le pareti della base del cranio, di modo tale che, in moltissimi punti, avrebbe bastato a romperle la sola pressione del dito.

La vôlta orbitaria mostravasi traforata da parte a parte.

I seni frontali erano allo stato di vestigio. I fori ottici ristrettissimi, appianati dall' alto in basso ed in rapporto coi nervi atrofizzati, ai quali danno passaggio.

La sostanza cerebrale approfondavasi in tutte le nominate erosioni o piccole escavazioni della base del cranio, niuna eccettuata.

Quindi la vôlta del cranio presentommi delle impressioni e delle prominenze molto più marcate dell' ordinario. Profondissimo era il solco principale dell' arteria meningea media, e corrispondentemente all' angolo anteriore e inferiore del parietale, le pareti del cranio non erano più grosse di un foglio da scrivere; a destra della sutura biparietale vedevansi tre o quattro erosioni profonde, corrispondenti a delle reti vascolari venose.

La vôlta e la base di questo cranio furono deposte nel Museo Dupuytren.

Riflessioni. — Ove per poco si cerchi di interpretare i sintomi osservati, durante la vita, per mezzo della lesione riscontrata dopo la morte, non tarderassi a conoscere, esser questi tutti da riportarsi alla compressione esercitata dal tumore sulla massa encefalica. Ora, a bene apprezzare gli effetti di questa compressione, uopo è richiamarsi all' idea una considerazione, a cui ben spesse volte diedero sviluppo i tumori della dura madre, cioè: che nelle cause comprimenti il cervello, due ordini di effetti sono a distinguersi.

1.° Un effetto diretto sui punti che van soggetti alla compressione.

2.° Un effetto indiretto su tutte le parti contenute nel cranio.

Ora, nel fatto testè descritto, gli effetti diretti resersi manifesti solo nel quinto e nel settimo pajo dei nervi cerebrali, mentre la protuberanza anulare compressa nella sua metà laterale sinistra non dette alcun fenomeno appariscente, sia di miotilità come di sensibilità; l'istesso silenzio di sintomi ebbesi dalla compressione del peduncolo del cervelletto, del corpo olivare e del corpo restiforme sinistri.

Frattanto, il primo fenomeno a presentarsi nella nostra ammalata fu la sordità incompleta dell'orecchio sinistro, la quale spiegasi per la compressione del nervo acustico: effetto diretto. La contrazione convulsiva dei muscoli della guancia sinistra non ebbe luogo che in seguito, e ciò senza dubbio, perchè di una maggior consistenza il nervo faciale resiste più lungo tempo alla compressione.

La diminuzione della vista fu l' altro fenomeno morboso che tenne dietro alla sordità, e per spiegare il quale uopo è ricorrere a quella compressione indiretta, di cui parlava poco fa.

In fatti il tumore, sviluppato al di sotto della tenda del cervelletto, sollevava questa tenda stessa e con essa la parte posteriore del cervello; e lo stato di tensione in cui trovavasi questa ripiegatura della dura-madre aver dovea per resultato la compressione, non di quei punti del cervello corrispondenti al tumore, ma bensì del cervello in massa.

Ora egli è assai verosimile, che i resultati di questa compressione doveano essersi spiegati molto più marcatamente sulla base che sulla vôlta del cranio, forse per la ragione della disposizione di questa base, suddivisa in tante cavità, nelle quali i lobi del cervello rimasti come imprigionati, non avriano, in modo alcuno, potuto sottrarsi alle cause di compressione.

Quindi, la cecità e la perdita dell' odorato erano a ritenersi come l' effetto puro e semplice della compressione indiretta della base del cervello, essendo i nervi olfattori ed i nervi ottici rimasti atrofizzati per la compressione da essi subita avanti e dopo il loro chiasma, mentre i talami dei nervi ottici e più particolarmente i corpi striati e i tubercoli quadrigemelli erano perfettamente sani. L'informicolimento della guancia sinistra, la perdita del gusto sopraggiunti negli ultimi periodi della malattia, tenevano manifestamente e alla compressione *diretta* esercitata sul nervo del quinto pajo sinistro ed alla compressione *indiretta* esercitata sul nervo stesso del 5.° pajo dal lato destro.

Finalmente, la stessa cefalalgia, effetto comune di una quantità di cause diverse, era forse meno da riferirsi alla compressione ed alla irritazione esercitata direttamente sui punti compressi, di quello che alla compressione generale del cervello.

Ma ciò che più d' ogni altra cosa richiama la nostra attenzione si è, il consumo della base del cranio operato da un corpo così molle quale è il cervello; e qui domanderebbesi se questo fatto fosse da ritenersi come un fatto eccezionale. Su di che rifletterò, che niente è da riguardarsi eccezionale nella economia vivente, e che ove si presti una qualche attenzione su tale specialità morbosa, non tarderassi forse ad osservare altri casi analoghi al già descritto; oltre di che agevole è a concepire, che ciascuna circonvoluzione ricevuta nella sua corrispondente impronta craniense, e animata dal muovimento che imprimono le arterie alla massa encefalica, possa agire sulle ossa alla maniera stessa di un sacco aneurismatico. È pure da rimarcarsi nel citato caso, come la intelligenza siasi mantenuta fino all'ultimo momento, e la sensibilità generale non meno che la miotilità siensi pur esse mantenute intatte; ciò che prova quanto la massa encefalica abituisi a tutte le cause di compressione.

In quanto all'amaurosi, è questo un fenomeno comune ad un gran numero di malattie organiche del cervello ed il resultato di una compressione diretta (per es. dei tumori della glandula pituitaria), o di una compressione indiretta. Vi sono poi delle amaurosi (e sono le più numerose) le quali ponno chiamarsi *idiopatiche*, resultanti da una atrofia pura e semplice dei nervi ottici, senza alcuna lesione nè dei corpi striati, nè dei talami ottici, nè di qualunque siasi altra parte del cervello. E segnatamente i tubercoli quadrigemelli, sieno gli anteriori, come i posteriori, giammai presentaronmi, in qualunque specie di amaurosi, la benchè minima alterazione; fatto per me tanto più veridico, perchè ripetutamente constatato dalla mia indefessa osservazione alla Salpêtrière.

L' amaurosi senza cefalalgia, è ordinariamente l'amaurosi idiopatica o per atrofia; mentre l' amaurosi con cefalalgia, abituale o intermittente, è l' amaurosi sintomatica di una lesione organica del cervello. L' amaurosi con perdita dell' odorato sta, in generale, a caratterizzare un tumore sviluppato nella fossa delle narici o nelle solcature etmoidali. Ciò però non può dirsi per tutti e singoli i casi di questo genere, essendo ormai dimostrato, che uguali esser ponno gli effetti della compressione diretta a quelle che nascono dalla compressine indiretta. L'amaurosi con perdita dell' olfatto e dell' udito da un lato, coll' intorpidimento dei muscoli della faccia dal lato stesso, dee ritenersi come caratteristica dei tumori nati dalla faccia posteriore della rocca e più particolarmente di quelli sviluppati nel condotto auditorio interno.

Frequentemente avviene di osservare dei tumori nascere, sia dalla faccia posteriore, come dalla faccia anteriore della rocca. Questi tumori, ora sono fibrosi , ora osteo-fibrosi; talvolta presentano, in qualche punto, la degenerazione cancerosa. La descrizione del tumore della rocca meriterebbe un posto nell' istoria dei tumori sviluppati nel

cranio, e sariano da distinguersi quelli che nascono dalla faccia superiore della rocca, cioè, nella fossa sfeno-temporale, e quelli che hanno origine dalla fossa occipitale inferiore. I primi dei quali producono direttamente i loro effetti di compressione sul cervello, mentre i secondi li producono direttamente sul cervelletto, sulla protuberanza anulare, sulla midolla allungata, e indirettamente sul cervello (*).

Ecco qui alcuni fatti che servir ponno di documenti nella istoria di questi tumori.

Tumore fibroso, del peso di due once e 5 dramme, nato dalla faccia superiore, ed in piccola parte dalla faccia posteriore della rocca destra. — Amaurosi e cefalalgia. — Morte improvvisa. — Tumore polipiforme della narice destra, formato dalla membrana del cervello e dal cervello stesso, a traverso la lamina cribrosa dell' osso etmoide (**).

Lenormand (Maria-Desiderata), in età di 32 anni, nell' ottobre 1833, vien raccolta come incurabile alla Salpêtrière, ove essa chiede di esser trasferita alla infermeria. Sottoposta alla mia cura, io potea constatare, che ella era attaccata da una doppia amaurosi completa; che questa paralisi era sopraggiunta, 4 anni avanti, in seguito ad una violenta cefalalgia, la quale non aveva offerto che dei rari e dei corti intervalli di remissione, ed erasi fatta anche più intensa fino da qualche giorno. Del rimanente, integra la intelligenza; niuna paralisi di moto e di senso, eccettuato quello della vista. L' ammalata è irritabile;

(*) Merita su tal soggetto di esser consultata una osservazione di carie della rocca con ascesso del cervelletto, meningite cerebrale e idropisia dei ventricoli, riportata dal sig. D. Bouvier, *Bulletin* de l' Academie Royale de Médecine, tom. I, pag. 112.

(**) Osservazione raccolta dal sig. Boullet, esterno addetto alla mia clinica alla Salpêtrière.

lagnasi continuamente e presenta quel carattere di esagerazione che è proprio delle persone nervose. Persuaso che insufficiente affatto riesciva in questo caso l'arte salutare, io trascurai qualunque trattamento curativo e l'ammalata fu passata ai convalescenti, il 3 marzo. Il 10 dell'istesso mese, dopo essersi lagnata di cefalalgia anche più intensa dell'ordinario, ella guadagna il suo letto coi proprj piedi e appena coricatasi, cade nello stato seguente, che il sig. Boullet, chiamato un quarto d'ora dopo l'accesso, potè intieramente constatare. Procidenza dell'angolo sinistro della bocca; emiplegia dal lato sinistro, tanto nel senso come nel moto; da questo stesso lato l'arto superiore è in uno stato di semi-flessione con rigidità, e l'arto inferiore è incompletamente paralizzato; frattanto, l'ammalata, che conserva intiera la intelligenza e risponde perfettamente a qualunque domanda le venga indirizzata, lagnasi di un'atroce cefalalgia frontale, (due senapismi alle gambe; salasso dal braccio); tutt' in un tempo, mentre il sangue fluiva ancora dalla ferita, l'ammalata porta violentemente la mano destra alla testa accusandovi immenso dolore: si lagna di un senso di soffocazione; quindi cessa di parlare; la sua faccia diviene tumida e livida; i movimenti respiratorj sono completamente sospesi; rare e forti sono le pulsazioni del cuore, quindi si fan tumultuose, poi si allentano nuovamente, per estinguersi del tutto dopo qualche momento; ed allora avviene la morte per asfissia. Questa scena ebbe una durata di due in tre minuti.

Necroscopia. — Un tumore fibroso emisferico, del volume di un uovo di gallina, del peso di due once e cinque dramme, sorgeva dalla faccia superiore, e per una piccola parte ancora, dalla faccia posteriore della rocca. Dal lato destro teneva esso alla dura-madre per la sua faccia piana, mentre era libero nella sua superficie convessa; sembrava essersi sviluppato a spese della dura-madre colla quale erasi distaccato dalla base del cranio.

Finalmente le facce posteriore e superiore della rocca mostravansi mammellonate, rugose, sparse di solcature impresse dai vasi e presentanti, in una parola, tutte le tracce della ipertrofia, solite a riscontrarsi in prossimità di tutte le produzioni organiche.

Erasi questo tumore formato una cavità, 1.° a spese del cervello, nel punto ove questo tumore nasceva dalla faccia posteriore della rocca, 2.° a spese del cervelletto, in quella parte che traeva la sua origine dalla faccia posteriore della rocca; quindi lungo la intiera periferia del tumore il cervello avea subito un rammollimento bianco giallastro, di una trasparenza che gli dava l'aspetto del bianco-mangiare. Questo rammollimento estendevasi a qualche distanza entro l'emisfero destro del cervello, fino in prossimità del corpo striato che mostravasi sporgente e come enucleato. Questa speciale alterazione non esisteva punto nel cervelletto.

Un' altra particolarità richiamò pure, in questo caso, la nostra attenzione: volendo rovesciare il cervello dal basso in alto e dall' avanti all' indietro, per levarlo dalla cavità del cranio, aveasi rimarcato una valida aderenza del lobo anteriore dell' emisfero destro, corrispondentemente alla doccia etmoidale, e per lasciare in sito le parti, aveasi sezionato il cervello a una qualche distanza. Ora, tornando ad esaminar questa parte, potemmo stabilire, che non solamente il cervello aderiva alle base del cranio, ma che la sua sostanza penetrava nella doccia etmoidale destra, mostrando pure di inoltrarsi fino entro le fosse nasali. Le quali aperte, riscontrammo, che la fossa nasale destra veniva riempita da un *polipo* peduncolato, di considerevol volume, che avea respinto il vomere a sinistra e avea distrutto le cellule dell' etmoide.

Allora esercitando delle trazioni su questo polipo, potemmo osservare, che esso continuavasi colle membrane del cervello, le quali avean fatto ernia nella narice destra a

traverso la lamina cribrosa distrutta, e costituivano un sacco conoide, di cui la parte ristretta corrispondeva alla perforazione del cranio. Questo sacco poi era ripieno da un liquido puriforme e dalla sostanza cerebrale, la quale impegnavasi nella cavità del peduncolo. La dura-madre ispessita e fungosa, che formava l' involucro esterno del sacco, mostrava, nel più chiaro modo, la superficie di un polipo fibroso.

Riflessioni. — Ed ecco pure un caso di amaurosi sintomatica per compressione indiretta, che non avrebbesi potuto distinguere da una amaurosi idiopatica se non che per la cefalalgia, da cui veniva accompagnato (*).

In simili tumori accade frequentemente la morte istantanea, la quale, se talora non può spiegarsi per alcuna lesione nuova sopraggiunta al tumore, può dirsi però, che le più spesse volte, è il resultato di un rammollimento del cervello, rammollimento che ha l' aspetto del bianco-mangiare, e che sembra dipendere da una flussione cronica o sub-acuta, la quale porta poi ad una specie di combinazione della sostanza cerebrale col siero. E a questo genere di rammollimento sembra doversi riportare la morte della nostra ammalata, nel caso testè descritto, non meno che la emiplegia osservata nel momento della crise mortale.

Dal che discende la conclusione: che qualunque ammalato in cui esista un tumore alla base del cranio, o per parlare un linguaggio più pratico, che presenti una amaurosi con cefalalgia, trovasi nella imminenza di fenomeni mortali. Sul qual proposito ricorderommi sempre il caso risguardante un giovane barrocciajo, che trovandosi in viaggio, dopo frequenti e vivi accessi di cefalalgia, ebbe a provare

(*) I caratteri anatomici generali della atrofia dei nervi ottici consistono nel color grigio, in una semi-trasparenza ed in una notabile diminuzione di volume; caratteri che son pure comuni, come avremo luogo di osservare in seguito, alla atrofia della midolla spinale.

un graduato indebolimento nella vista: costretto a fermarsi per qualche giorno, mi chiede che io provvegga ai suoi mali; gli prescrivo un emetico e molti vessicatorj volanti, mezzi che non han resultato di sorta, poichè l'amaurosi fa dei progressi, ed insiste la cefalalgia; rimessosi egli in viaggio per al proprio paese, camminando a piedi e a piccole giornate in compagnia di uno dei suoi camerati che conduceva i suoi cavalli, dopo aver fatto una trentina di leghe, cade morto istantaneamente.

In quanto alla formazione del polipo nasale di nuovo genere, delle membrane del cervello, avea io supposto, di primo tratto, che la dura-madre la quale tappezza la fossa etmoidale destra essendo divenuta fungosa, avesse consumato la lamina cribrosa e quindi, penetrando nelle fosse nasali, si fosse tratta dietro le altre membrane ed il cervello stesso; ma il caso che è il soggetto rappresentato della tav. II. suggerimmi altra interpretazione: infatti, non sarebbe egli possibile che il consumo della lamina cribrosa fosse il resultato della compressione esercitata dal cervello su questa lamina, e che la dura-madre respinta nelle narici dal cervello come questo dal tumore, avesse presentato, in un modo consecutivo, i caratteri del tumore fungoso? Comunque si vadan le cose, la chirurgia dovrà tener conto di questo fatto, e far menzione, all' articolo dei polipi delle fosse nasali, delle ernie della dura-madre e del cervello a traverso la lamina cribrosa.

Tumore osseo mammellonato voluminosissimo avente origine dalla faccia superiore della rocca. — Piccolo tumore nascente dalla faccia posteriore dell' istesso osso. — Indebolimento delle facoltà intellettuali, non meno che in generale della miotilità. — Morte in uno stato di adinamia (*).

Nel 1814 morì all' Hôtel-Dieu, una donna, tra i 55 ed i 60 anni, nella sala di Santa Giovanna, clinica del Sig. Montaigu, a cui era io addetto in qualità di Interno. I sintomi che essa avea presentato durante la vita, erano i seguenti: depressione dell'angolo sinistro della bocca; integra la intelligenza; impossibilità di articolare la voce, tanto che ove le s'indirizzassero delle domande, essa ponevasi a sedere sul suo letto come in atto di rispondere, mostrando chiaramente di intendere ciò che le si diceva, nel tempo stesso che non poteva esprimere il suo pensiero colla parola, o almeno era impossibilitata ad articolar molte sillabe di seguito; niuna lesione apparente erasi mostrata, sia nella miotilità come nella sensibilità, se pure i due lati del corpo non erano egualmente indeboliti. Costretta a tenersi costantemente in letto l'ammalata soccombè in breve con i sintomi di adinamia. Non riscontrossi amaurosi, nè perdita dell' odorato.

Alla necroscopia, trovai a destra, cioè dal lato opposto alla depressione dell' angolo della bocca, un tumore osseo considerevolissimo, avente origine dalla faccia superiore della rocca e che erasi creato una cavità a spese della base del cervello, il quale venia da detto tumore validamente compresso, e trasformato in poltiglia attorno attorno il tumore stesso; e questo rammollimento, che corrispondeva alla parete inferiore della porzione riflessa del ventricolo laterale,

(*) Riportai pure questa osservazione allorchè mi occupai dei tumori fungosi della dura-madre.

estendevasi fino al ventricolo stesso, entro il quale osservavasi raccolta molta sierosità.

Il detto tumore, che avea il peso di molte once, nasceva dalla faccia superiore della rocca, e più esattamente ancora, da quella parte della rocca stessa che corrisponde alla parete superiore della cassa del timpano; era esso diviso in lobuli o tumori secondarj, suddivisi essi pure in mammelloni e terminanti tutti in un centro comune che costituiva il peduncolo del tumore. Il suo più gran diametro era esteso dall' avanti all' indietro.

La sua natura era ossea e presentava questo carattere singolare: che in tutti i lobuli nei quali esso suddividevasi, riscontravasi un centro particolare di ossificazione. Da un punto centrale, che era il punto più compatto del rimanente del tumore, partivano, divergendo, delle fibre ossee raggianti, facili a lasciarsi separare mercè un tessuto cellulare lasso, semi-trasparente, compenetrato di suco vischioso, che tra esse cellule interponevasi.

Uno dei summenzionati lobuli venia costituito, per la metà della sua estensione, da un tessuto vascolare spungioso, erettile, compenetrato di sangue, entro il quale prolungavasi la notata ossificazione.

Dalla faccia posteriore della rocca vedeasi nascere altro piccolo tumore intieramente osseo, mentre sulla faccia superiore mostravansi delle vegetazioni mammellonate, disposte a piccoli gruppetti, le quali, situate in prossimità del peduncolo del tumore, sembravano continuarsi con esso.

I tumori che nascono dalla faccia superiore della rocca producono i loro effetti di compressione dal lato del cervello, mentre quelli che nascono dalla sua faccia posteriore comprimono il cervello, la protuberanza anulare e la midolla allungata. La natura di questi tumori non è che di una importanza secondaria sotto il rapporto clinico, e solo ponno essi includere un qualche pericolo per dato e fatto della compressione della massa encefalica, ma punto pel

processo morboso puramente locale, da cui hanno origine e la formazione del tumore e le diverse fasi alle quali può andar soggetto.

Nel caso che qui sotto riporto, gli sconcerti di compressione, abbenchè più gravi che nei casi precedenti, non hanno alcun rapporto colla natura carcinomatosa della malattia, ma bensì colla sede, forma e volume del tumore, non meno che colla direzione, secondo la quale ha agito la forza di compressione esercitata dal tumore sul cervello.

Tumore canceroso voluminosissimo nato dalla faccia posteriore della rocca. — Flessione permanente con rigidità degli arti inferiori.

La Douart, di 50 anni, impiegata a brunire la porcellana e perciò esposta ai vapori del mercurio, nel giugno del 1834, entra alla Salpêtrière, nello stato seguente.

Lenta e laboriosa l' articolazione dei suoni; un poco difficile la deglutizione: gli arti inferiori in permanente flessione ed a tal grado, che la regione posteriore delle gambe tocca la regione posteriore delle cosce; i diti grossi dei piedi sono sempre mossi nel senso della flessione, la quale è assai più marcata a sinistra che a destra. E tale è la rigidità dei flessori, che a gran fatica giungesi a portare le gambe alla estensione, ed ove questa siasi ottenuta se per poco si lasci l'arto a se stesso, non tarda esso a ritornare alla posizione flessa; quale una molla che compressa da causa estranea ritorna istantaneamente alla sua ordinaria situazione, remossa la causa comprimente. Gli arti superiori conservansi in stato normale, e liberi da qualunque grado di contrazione. Talvolta, gli arti superiori sono bruscamente agitati da scosse così violenti e così penose per la esagerazione del movimento di flessione, che l'ammalata vi porta le mani per arrestarli o moderarli.

Integra è la intelligenza; il sonno interrotto da uno svegliarsi improvviso e come a scosse; dolore agli arti paralizzati, al cangiarsi del tempo.

I commemorativi erano: che la malattia datava da tre anni addietro; che avea incominciato da un graduato indebolimento negli arti inferiori, e da uno stato come di incertezza nel moto di progressione, simile a quello dell' ubriaco.

Obbligata a tenersi in letto fino da due anni addietro, essa non avea mai sofferto di cefalalgia, nè avea avvertito la benchè minima diminuzione di sensibilità, sia nell'universale della macchina, come in qualche parte di essa.

Diagnosi. — Lesione dell' origine della midolla.

Mancante affatto di dati, non poteva io stabilire, se detta lesione fosse a considerarsi come il resultato della compressione prodotta da un tumore esistente all' origine della midolla spinale, o sivvero come una alterazione organica propria di questa parte.

Continuano intanto ad affligger l' ammalata la retrazione degli arti inferiori, dolori intensissimi all' arto sinistro ed al ginocchio in special modo. Nel mese del dicembre 1834, comparisce la febbre; la lingua si fa secca e rossa; sopraggiungono i sudori notturni; la respirazione divien faticosa. Al finire del gennajo 1835, accade la morte.

Necroscopia. Un tumore di un enorme volume nasceva dalla faccia posteriore della rocca, e riempiva più della metà dello spazio compreso tra le fosse occipitali inferiori e laterali del cervelletto; era ad esso aderente per mezzo di un peduncolo estremamente sottile, osseo, composto di fibre ossee insieme riunite, ma che poi andavano slargandosi in questo tumore, il quale, di forma sferoidale, presentava due sostanze di natura distintamente diversa: 1.° una sostanza cartilaginosa ed ossea, che costituiva il terzo inferiore del tumore; 2.° una sostanza encefaloide,

di una consistenza di poltiglia, contenuta in un guscio fibroso, da cui resultavano i due terzi superiori del tumore. La qual sostanza situata tra due lamine di vetro presentommi una quantità di piccole granulazioni di forma diversa, alcune delle quali sferoidali, altre oblonghe, la di cui natura restommi affatto ignota, abbenchè le esaminassi col microscopio, resultando solo dalle fatte indagini, che esse resistevano alla essiccazione, e mantenevano fissi il volume e tutte le dimensioni loro. E sebbene non abbia io mai trovato, in seguito, nel suco canceroso queste medesime granulazioni, pure non sapeva escludere la probabilità di un qualche rapporto esistente tra di esse ed i cristalli microscopici, che il Sig. Glug ha descritto e che egli stesso mi ha dimostrato nel suco canceroso.

Esaminando la faccia superiore della rocca, potei osservare dei piccoli tumori ossei nascenti da quest' osso, i quali sollevavano la dura-madre assottigliata: uno di essi che avea il volume di una palla da biliardo, traversava la dura-madre; espandevasi alla maniera di un fungo, e compariva, salvo la sua natura ossea, come una miniatura del descritto tumore risiedente sulla faccia posteriore della rocca.

Finalmente, nella porzione della fossa temporo-sfenoidale che appartiene all' osso sfenoide, riscontrava io la dura-madre come crivellata per tanti fori, corrispondentemente ai quali, tolta la dura-madre stessa, mi si offersero delle cellule ossee ripiene di una materia grigia che, sebbene da me supposta non altro che materia encefaloide, poteva anche riguardarsi come la stessa sostanza grigia del cervello, la di cui penetrazione nelle cellule di nuova formazione, sarebbesi intesa per quell'istesso meccanismo, a cui riportavasi nel caso rappresentato dalla tav. II.

E ritornando al tumore principale, esso riempiva la fossa occipitale destra, estendendosi un poco a sinistra; respingeva, da un lato, il cervelletto, la protuberanza anulare e la

midolla allungata, da un altro lato, la tenda del cervelletto e per conseguenza il cervello. Perfettamente sana era la midolla spinale. — E la tenda del cervelletto, che, come sopra avvertimmo, venia sollevata dal tumore, mostravasi ridotta ad una lamina estremamente sottile comprimente il cervello che, corrispondentemente ad essa, non avea di altezza se non che la metà delle dimensioni verticali dell' emisfero opposto. Atrofizzato era il lobo destro del cervelletto. Finalmente la protuberanza anulare e la midolla allungata, ma la prima in special modo, subìto aveano tal grado di compressione, che assai difficile riesciva il comprendere, come aver si potesse continuazione della vita colla presenza di questo tumore.

Riflessioni. — Sì, io lo ripeto, mal s' intende come la vita potesse conciliarsi con una sì valida pressione su parti che tanto da vicino l' accostano. E poi è da osservare in questo caso, come gli effetti della compressione non si avessero punto nelle funzioni che più direttamente tengono al cervello propriamente detto, ma solo spiegassersi sugli organi della locomozione; e però intatti restati fossero gli organi dei sensi, la vista, l' olfatto, l' udito, il gusto, e intatta pure la intelligenza. Che in quanto alle lese funzioni degli organi locomotari, sarebbe a domandarsi, perchè gli arti superiori fossersi rimasti liberi, mentre gli inferiori contratto aveano uno stato di rigidità paralitica, ed in qual modo avvenuta fosse la contrazione permanente dei muscoli flessori? Le quali differenze nei sintomi morbosi non sono, a quello io ne penso, da riportarsi a delle differenze di natura, a delle idiosincrasie, ma bensì a delle differenze nella direzione secondo la quale si è fatta la compressione del tumore. In proporzione che noi avanzeremo nello studio delle lesioni organiche, vedremo le differenze sintomatiche lasciarsi spiegare, mano a mano, con delle differenze, per ora non apprezzate, di sede, di volume, di natura, di rapidità o di lentezza di sviluppo.

MALATTIE DELLE OSSA.

Fratture intra-capsulari del collo del femore.

(Tavola III.)

Le fratture intra-capsulari del collo del femore presentano questo gran carattere clinico: che esse non si consolidano come le altre fratture, non eccettuate le fratture extra-capsulari di quest' istesso collo, e guariscono, in generale, per falsa articolazione; che se ve ne ha che guariscano senza falsa articolazione, queste non si consolidano per la formazione *del callo*, ma bensì per *cicatrice*.

Il *callo* è un bottone osseo formato a spese di tutte le parti lacerate che circondano i frammenti; bottone osseo, la di cui grossezza e configurazione stanno in ragione dello spostamento dei detti frammenti; bottone osseo che di bel principio spungioso e mammellonato, acquista, grado a grado, della compattezza, mentre diminuisce di volume.

Regola generale: i frammenti ossei sono intieramente estranei alla formazione del callo; ed infatti riscontransi essi colle loro ineguaglianze e colla loro disposizione angolosa in tutti quei casi, nei quali il callo lasciasi da loro distinguere. Non vi ha callo provvisorio e callo definitivo; ma esiste sempre un solo e medesimo callo, il quale passa per diversi gradi di ossificazione; nè ad alcun periodo

della sua formazione, le estremità dei frammenti partecipano alla consolidazione (*).

La cicatrice delle ossa consiste in un tessuto fibroso più o meno fitto, esteso tra l' uno e l' altro frammento, tessuto che nasce dalle cellule dell' osso diviso e che sembra altro non essere che uno sviluppo della membrana che le tappezza.

La causa della differenza che passa tra le fratture intra-capsulari e le fratture extra-capsulari consiste in ciò, che nelle prime i frammenti sono in qualche modo abbandonati a loro stessi ad effettuare la consolidazione, nè havvi possibilità di formazione di bottone osseo; mentre che nelle seconde, si hanno le condizioni di tutte le altre fratture, cioè a dire, i frammenti sono circondati da parti molli, la di cui ossificazione costituisce il bottone osseo.

Come un fatto di consolidazione per cicatrice di fratture intra-capsulari del collo del femore, riporterò il caso

(*) Che qui mi sia permesso di osservare, come il Dupuytren avesse, per la formazione del bottone osseo, puramente e semplicemente riabilitato la dottrina di Duhamel sulla ossificazione del periostio, e che solo dopo ripetute esperienze e numerose osservazioni fatte sull' uomo (*Essai sur l' anatom. pathol.* 1816) io fui condotto, quasi mio malgrado, a considerare i muscoli, il tessuto cellulare, i tendini, in una parola, tutto ciò che circonda i frammenti ossei, come concorrente alla formazione del bottone osseo; verità cui appena poteva prestar fede l' istesso Dupuytren; che in forza pure di queste ricerche da me tante volte ripetute io potei giungere a stabilire, che la rigenerazione delle ossa necrosate facevasi non solamente a spese del periostio, ma a spese ancora degli strati muscolari adjacenti: su di che non posso a meno di manifestare la mia maraviglia, nel non veder fatta punta menzione di sì importanti resultati delle mie particolari ricerche, i quali sono a considerarsi non altro che una continuazione immediata delle osservazioni del Sig. Dupuytren, osservazioni che vengono anzi da essi resultati rettificate, sotto il rapporto scientifico; e dico sotto il rapporto scientifico, perchè sotto il rapporto clinico, tutta la dottrina del diagnostico delle fratture contiensi in quella luminosa distinzione del callo, in callo provvisorio, cioè in callo spungioso, suscettibile di essere riprodotto, ed in callo definitivo, ossia in callo compatto, non suscettibile di riproduzione.

seguente, caso tanto più rimarchevole, in quanto che alla frattura di questo genere va unita la deviazione del piede all' infuori.

Frattura intra-capsulare del collo del femore con rotazione all' infuori. — Riunione per cicatrice fibrosa.

La Mausoin, in età di 73 anni, indigente della Salpêtrière, cade sul gran trocantere, il 25 dicembre 1735, e fratturasi il collo del femore (mancai di notare quale dei due). Trasferita, il 9 maggio 1836, alla mia clinica, e collocata nella sala S. Luca, N.° 8 (sezione delle gateuses) ecco i sintomi che presentava per il lato della frattura: raccorciamento dell' arto di 15 linee; *rotazione del piede all' infuori*; prominenza e volume del gran trocantere, che trovasi avvicinato alla cresta dell' ileo di circa 15 linee, cioè a dire, per un tratto eguale a quello dell' accorciamento. Prominenza della parte anteriore della articolazione coxo-femorale.

Il 29 maggio: lingua secca: polso piccolo, frequente, poco regolare; respirazione frequente: sonnolenza; ebetismo. L' ammalata è facilmente eccitabile e risponde completamente alle domande che le vengono indirizzate. Due organi richiamano la mia attenzione, il polmone ed il cervello, e due malattie, la pneumonite ed il rammollimento, come cause principali della morte nelle donne vecchie, e la pneumonite in special modo.

Infatti, al sopraggiungere del moto febrile con respirazione frequente e secchezza di lingua, io soglio in generale pronosticare la pneumonite; e ben raramente cotal diagnostico viene smentito dai segni locali offerti dalla ascoltazione; tanto che io non potrò mai rinunziare alla idea, che l' Illustre Pinel abbia tracciato il suo quadro della febbre adinamica sopra degli pneumonici.

Nella nostra ammalata potei escludere affatto il rammollimento del cervello; e nello stabilire il diagnostico della pneumonite, come l'ammalata non poteva tenersi a tronco eretto, dovei contentarmi dello studio del disturbo il più apparente di funzione.

Il 31 maggio: il sopore aumenta, abbenchè l'ammalata sia sempre eccitabile e risponda a ciò su di che vien ricercata: narici polverulenti; faccia contratta. — Morte il 1.° giugno, 5 mesi e 6 giorni dopo la frattura.

Necroscopia. — Pleuro-pneumonite al primo grado, occupante il lobo inferiore del polmone sinistro.

Esame della frattura. — Trattavasi di una frattura intra-capsulare consolidata. — Credei, di bel principio, che la consolidazione fosse ossea, ma imprimendo ai frammenti dei muovimenti in senso opposto, facile riescimmi lo scorgere che una leggera mobilità esisteva tra di essi, e che la riunione veniva fatta da un tessuto fibroso assai fitto e poco distendibile. — Una sezione trasversale della parte media del capo sul gran trocantere ne permise di scorgere: che le superficie della soluzione di continuità erano ineguali, angolose, e formate dal tessuto compatto, mentre che, a una linea e mezzo o a due linee dalla superficie, il tessuto era spungioso e compenetrato di grasso; di più, potei apprezzare, come il guscio fibroso il quale manteneva i frammenti riuniti, era così tenace, che agli sforzi da me impiegati per lacerarlo ebbi a temere di rompere le ossa.

Quindi importava il determinare perchè la deviazione del piede si fosse fatta all'infuori; nella quale indagine potei convincermi di una verità che, poi cercai di stabilire riguardo alle fratture extra-capsulari (vedete il Fasc. 44), cioè, che questa deviazione dipende, almeno in parte, dai rapporti che contraggono i frammenti: in questo caso, infatti, il capo del femore era rovesciato indietro, di modo che il suo asse era divenuto antero-posteriore; il collo sporgeva un poco in avanti, abbenchè esi-

stesse indietro tra il capo ed il collo, una stretta fessura semi-circolare, sulla quale sembrava modellarsi la capsula fibrosa. Inoltre, indipendentemente da questo spostamento dall'avanti indietro, il quale sembravami offrire la spiegazione della deviazione del piede all'infuori, esisteva altro spostamento nel senso verticale, tale che il collo del femore sopravanzava, in alto, il capo di quest' osso; questo solo spostamento spiega il raccorciamento dell' arto.

Riflessioni. — Ecco dunque il solo modo di consolidazione di cui le fratture intra-capsulari del collo del femore sieno suscettibili; e bisogna pur confessarlo, questa consolidazione per cicatrice non la cede punto, per quello sia solidità, alla consolidazione per formazione del callo; e qui è da avvertire, che alla effettuazione di questa cicatrice uopo si rende, che le superficie della frattura sieno tra loro in immediato contatto, contatto che non è effettuabile se non che quando le corrispondenti superficie dei frammenti sieno angolose in modo, da facilitare il reciproco incastro dei frammenti stessi. Dal che ne conseguita, che la consolidazione per cicatrice esser dee tanto rara quanto la juxta-posizione dei frammenti per incastro.

La frattura intra-capsulare mi ha costantemente presentato in una porzione della sua circonferenza la esistenza della ripiegatura fibro-sinoviale che riveste il collo; ora, questa ripiegatura può esser considerata come un valido mezzo di comunicazione tra il capo del femore ed il frammento inferiore.

Quando i due frammenti della frattura intra-capsulare non sono in contatto immediato, allora si stabilisce una falsa articolazione, la quale può presentarsi in due diversi modi: ora, cioè, è stretta, ora è sciolta. Nel primo caso, le due superficie articolari soffregandosi scambievolmente, divengono levigate ed eburnee; nel caso poi di falsa articolazione sciolta, il capo del femore resta profondamente

immerso nella cavità, mentre il collo si accorcia e si arrotonda a guisa del capo; la capsula fibrosa non contenendo più le parti strettamente, permette dei movimenti assai estesi al frammento inferiore, movimenti che han luogo, non solamente sulla superficie del capo dell'osso, ma ancora sulla parte superiore del bordo della cavità cotiloidea.

Frattanto, qualunque sia il modo di guarigione della frattura intra-capsulare del collo del femore, è un fatto, che la tendenza alla unione delle due superficie per cicatrice, manifestasi per la formazione di briglie, spesse volte, fibrose, estese dalle superficie dei frammenti alla capsula articolare.

Saranno destinate molte tavole a rappresentare le varietà offerte dalla frattura intra-capsulare del collo del femore e de' suoi diversi modi di guarigione.

Frattura intra-capsulare del collo del femore, studiata prima del processo di riparazione.

Le figg. 1 e 1' rappresentano una frattura del collo del femore osservata in una vecchia donna della Salpêtrière, che morì 24 giorni dopo la frattura, di una malattia a quella affatto estranea. Ecco la osservazione la quale venne raccolta dal Sig. Levaillant, Esterno attivissimo, addetto alla mia clinica.

Frattura trasversale del collo del femore corrispondente all' unione del collo col capo. — Distacco della ripiegatura fibro-sinoviale.

Il 4 ottobre 1835, La Leroy, in età di 75 anni, fu trasferita nella sala S. Luca, N.° 7. Quindici giorni avanti, ella era caduta sul gran trocantere dal lato destro, e fino da quell' epoca avea provato un dolore alla coscia destra. Erano i sintomi; raccorciamento del membro con de-

viazione del piede all' infuori; avvicinamento del gran trocantere alla cresta dell' ileo; protuberanza del trocantere stesso che costituisce un tumore sferoidale molto più voluminoso dell' ordinario. Flessuosità dell' arteria femorale, sensibile sotto il tatto alla regione degl' inguini *.

Lo stato generale annunziava imminente la morte: abbondante diarrea; perdita dell' appetito e delle forze; intelligenza indebolita. L' ammalata muore il 28 ottobre, 39 giorni dopo la frattura.

Necroscopia. — Flessuosità dell' arteria crurale al di sotto l'arcata femorale. Per una anomalia, d' altronde assai frequente a riscontrarsi, l' arteria femorale mostravasi biforcata sotto l' arcata femorale, a sei linee di distanza al di sotto l' origine dell' arteria epigastrica. Le due branche della nostra biforcazione erano riunite, e la più profonda restava all' esterno. Uno spazio di sole due dita trasverse separava, nella parte ammalata, il gran trocantere dalla cresta iliaca, mentre nel lato sano, ne era distante 4 dita trasverse.

La capsula fibrosa (fig. 1), C F, C F conteneva una certa quantità di sangue, da cui la sua interna superficie sembrava restar compenetrata.

La frattura che avea avuto luogo nel punto preciso della riunione del capo col collo del femore, era trasversale e punto angolosa; la cartilagine articolare rotta lungo la circonferenza del capo, mostravasi dentellata; e siccome era in quel punto stesso rimasta distaccata, perciò era stata rovesciata sulla superficie della frattura, in modo tale, che se la coattazione stata fosse intiera, una porzione di questa cartilagine articolare sarebbe stata intermediaria alle due superficie della frattura.

(*) Questa flessuosità dell' arteria femorale sembrommi accompagnare costantemente questa specie di fratture, ed altro non è che l' effetto dell' accorciamento della coscia.

La ripiegatura fibro-sinoviale che circonda il collo del femore era stata anteriormente lacerata per l'intiero, e presentava in basso una briglia B R staccata, estesa dal piccolo trocantere al capo del femore.

In dietro, la ripiegatura fibro-sinoviale era rimasta distaccata. Molti frammenti ossei F O, F O (fig. 1') vedevansi restati aderenti a questa ripiegatura. Sprovvisto di periostio mostravasi il femore, superiormente e inferiormente al suo collo. Non osservavasi alcun processo di consolidazione.

Frattura intra-capsulare del collo del femore osservato dopo 15 giorni. Incastro dei frammenti. — Distacco della ripiegatura fibro-sinoviale (figg. 2 e 2').

La Mathieu, di 82 anni, il 5 maggio 1836, sorpresa da vertigine cade sul gran trocantere del lato sinistro. Osservata un quarto d' ora dopo, l' ammalata presenta tutti i sintomi della frattura del collo del femore: dolori vivi alla regione del trocantere; accorciamento di 18 linee dell' arto inferiore con marcata deviazione del piede all'infuori e abbassamento della punta del piede stesso; ascensione e forma sferoidale della protuberanza trocanteriana.

A cambattere la congestione cerebrale formatasi nella caduta e fatta palese dal rossore della faccia e dal leggero disturbo nelle idee, praticasi un salasso: quindi riparasi al dolore del trocantere coi cataplasmi ammoglienti.

Il 13 maggio: movimento febrile; rigidità delle membra; tendenza al sopore; vasta escara al sacro. Il 18 maggio, stupore; il 19, respirazione stertorosa. Morte il 20 maggio.

Necroscopia. — Il raccorciamento dell' arto è di due pollici; rimarchevole è, dal lato della frattura, la prominenza sferoidale formata dalla regione trocanteriana. Avrei creduto, che l' intervallo che separava la sinfisi del pube

dalla parte la più eccentrica di questa prominenza, avesse molte linee di più dell' istesso intervallo dal lato opposto, ma la differenza non era che di una sola linea in favore della parte ammalata.

Molti versamenti sanguigni, di un color giallastro, mostravansi negli spazj intermuscolari della coscia. La frattura era *intra-capsulare* figg. 2, 2': *obliqua* fig. 2. In alto erasi effettuata nel punto di riunione tra il capo ed il collo; in basso, interessava il collo stesso.

Lo spostamento erasi fatto esclusivamente nel senso verticale; e quanto fosse considerevole ben dimostravalo il punto corrispondente alla parte la più elevata del capo del femore C F, il quale era molto al di sotto della parte la più elevata dal gran trocantere.

Eravi pure *incastro* dei frammenti. Il frammento superiore presentava una cavità, la quale riceveva una specie di apofise conoide formata dal bordo inferiore del collo del femore, e le di cui dimensioni mostransi indicate nella figura 1 da una linea punteggiata. Dalla qual disposizione avveniva, che il frammento inferiore sorpassava, in alto, il frammento superiore, mentre viceversa, il frammento superiore sorpassava, in basso, il frammento inferiore. — Una briglia B R, formata dalla ripiegatura fibro-sinoviale mostravasi estesa dall' uno all' altro frammento.

La fig. 2 rappresenta la frattura vista per di dietro. In questa figura può rimarcarsi come la ripiegatura fibro-sinoviale sia stata rispettata nella sua metà posteriore R R, eccettuato il punto L, ove mostrasi lacerata.

Niun processo di consolidazione rendevasi apprezzabile.

Riflessioni. — Niente di più facile a riconoscersi quanto le fratture del collo del femore per l' esame della regione trocanteriana, costituendo uno dei più importanti segni di essa frattura la prominenza sferoidale di detta regione, la

quale mostrasi notabilmente avvicinata alla cresta dell'ileo. Questo segno potei del pari osservarlo in altre due circostanze: 1.° nel caso di lussazione; 2.° nel caso di consumo delle cartilagini dell'articolazione coxo-femorale, colla ipertrofia dell'articolazione stessa, ed in cui il capo del femore acquistato aveva un volume considerevole, e la cavità articolare una proporzionale profondità. Frattanto, non possedendo ancora sufficienti dati per stabilire i caratteri differenziali di questi tre ordini di lesioni sotto il rapporto della protuberanza del trocantere, io dirò soltanto, che nella ipertrofia articolare, detta prominenza trovasi corrispondere alla articolazione, e per conseguenza meno avvicinata alla cresta dell'ileo, di quello sia nella frattura.

Per misurare con esattezza, nella frattura del collo del femore, la elevazione del gran trocantere, che sta sempre in ragione diretta dell'accorciamento dell'arto, potrebbe costruirsi un istrumento resultante da due aste paralelle riunite pe altre due aste verticali graduate.

Ai caratteri già enunciati della frattura del collo del femore, vista per la parte anteriore del corpo, credei proprio aggiunger quelli che resultano dall' esame di quest'istessa frattura, vista posteriormente: in quest'ultimo senso, molto più pronunziate mostransi le differenze di conformazione della regione pelvi-trocanteriana: infatti, dal lato della frattura, presentasi alla parte esterna della regione dei gluzj, un tumore sferoidale pronunziatissimo corrispondente al punto della maggior convessità del sacro; mentre, dal lato sano, non esiste tumore di sorta alla parte esterna della regione dei gluzj, ed il gran trocantere trovasi situato al di sotto i gluzj stessi; di più, nella frattura vista posteriormente si han molto più pronunziati il raccorciamento dell' arto e l' obliquità del femore, non meno che il movimento di rotazione che ha subito l' arto medesimo: così, la faccia posteriore della coscia e della gamba guardano all' infuori, il capo del peroneo ed il

condilo esterno del femore guardano in dietro; quindi il ginocchio del lato ammalato applicato sul ginocchio del lato sano, resta al di sopra di quest'ultimo, mentre il bordo interno del piede ammalato contiene nella sua concavità la parte più bassa della gamba del lato sano.

Caratteri così numerosi e così distinti mi han sempre reso più facile il riconoscere la frattura del collo del femore vista per la regione posteriore dell'arto, di quello che esaminata nella regione anteriore di esso.

Frattanto, ciò che sopra esponeva è comune sì alle fratture intra-capsulari come alle extra-capsulari. E qui ricorderò, come, di primo principio, fosse mio avviso, che lo spostamento e per conseguenza l'accorciamento dell'arto, trovassersi ad un grado assai maggiore nella frattura extracapsulare, di quello che nella intra-capsulare: opinione che l'osservazione non tardò gran pezza a correggere, mostrandomi che pel rapporto dell'accorciamento, trovasi anzi, spesse volte, il vantaggio per le fratture extra-capsulari.

In quasi tutti i casi che io ho potuto osservare delle fratture intra-capsulari recenti, la ripiegatura fibro-sinoviale mi si è mostrata conservata per una più o meno grande estensione, e ordinariamente, nella metà posteriore della circonferenza del collo dell' osso; di che abbiamo un tipo nelle figg. 1 e 1', 2 e 2'; e di più, in quasi tutti i casi di questo genere ho visto il distacco del periostio estendersi ad una certa distanza dalla frattura. — Dal che facile è a concepirsi quanto sia poco razionale il volere a qualunque costo, con dei movimenti di rotazione impressi agli arti, ottenere il rumore di crepitazione come mezzo di diagnosi; nè, certo, havvi qui bisogno il ricordare, come questi movimenti indur possano il grave inconveniente di completare la rottura della ripiegatura fibro-sinoviale, rispettata, in qualche caso, dalla causa fratturante, mentre questa istessa ripiegatura fibro-sinoviale è tanto più importante a conservarsi, in quanto che sarebbe il

solo elemento per la formazione del callo, ove questo potesse effettuarsi, e poichè essa acquista talvolta tale e tanta grossezza, da divenire il solo mezzo di unione dei frammenti.

L' incastro dei frammenti osservasi forse meno spesso nella frattura intra-capsulare, che nella extra-capsulare: ciò nonostante, io l'osservai molte volte, e dimostravalo col caso, reso dalle figg. 2 e 2'. Altrove poi trovai in un adulto vigorosissimo, un incastro reciproco formato nel modo che segue: il frammento superiore ed il frammento inferiore presentavano ciascuno una cavità ed una escrescenza ossea: la cavità dell'uno riceveva l'escrescenza dell'altro e reciprocamente. L'incastro poi era tale, che aveasi una completa immobilità.

In un altro caso, presentato alla Società anatomica dal sig. Pigué, Interno alla clinica del sig. Sanson, il frammento superiore mostrava una profonda cavità, che dava ricetto ad una apofise sporgentissima e molto acuminata, formata dal bordo inferiore del collo del femore. In questo, come negli altri casi indicati, conservata mostravasi la metà posteriore della ripiegatura fibro-sinoviale.

Fascicolo 51.

MALATTIE DELL' UTERO.

Spostamenti (genere delle invaginazioni).

(Tavola I).

Le figure della tavola I han per oggetto di mostrare i cangiamenti di rapporto che subiscono le parti spostate nel rovesciamento della vagina, o nel prolasso dell' utero. Esse completano l'anatomia topografica di questa lesione, già presentata sotto altri aspetti nella Tavola III del fascicolo 30.

La figura 1 rappresenta una sezione mediana antero-posteriore del tumore costituito dalla vagina arrovesciata. Procedendo dall' alto in basso si vede: 1.° la sezione del canal dell' uretra C U, la di cui parete inferiore è stata divisa nel tempo stesso che la vagina; e ben chiaramente si scorge, che il detto canale ha seguìto, nel suo spostamento, la parete anteriore della vagina, nella di cui grossezza esso è come scavato, mentre che la sua direzione è obliqua dall' alto in basso, invece che dal basso in alto.

2.° Al di sotto del canal dell' uretra trovasi una porzione di vessica V, la quale parimente fu trascinata dalla parete anteriore della vagina, e sulla parete posteriore di questa porzione di vessica erniosa la quale appartiene alla base dell' organo, veggonsi gli orifizj degli ureteri U U.

3.° Divisa per una sezione mediana la parete posteriore della porzione di vessica spostata, si giunge ad un cul di sacco formato dal peritoneo 1.° C S P.

4.° Più addietro vedesi la specie di cul di sacco formato dalla parete anteriore della vagina e dalla regione anteriore dell' utero: dalla vagina, la quale si porta dall'alto in basso; dall' utero, che si estende dal basso in alto. Una quantità di tessuto adiposo occupa l'intervallo che separa la porzione di vessica spostata dalla vagina e dall'utero.

5.° E sempre più indietro presentasi la sezione mediana del muso di tinca M T, del semi-canale C C U che resulta dalla sezione della cavità del collo uterino; per il qual canale introdotto uno specillo dal basso in alto, penetrasi nella cavità del corpo dell' organo.

6.° Finalmente, il più posteriormente possibile esiste un cul di sacco, formato dalla faccia posteriore dell' utero e dalla parete posteriore della vagina, il quale è tappezzato dal peritoneo 2.° C S P.

Il qual secondo cul di sacco, come chiaramente si scorge, è superficialissimo, tanto che per giungere ad esso bastava soltanto incidere la parete posteriore della vagina.

La stessa figura permette di vedere la continuità dell' utero, da una parte, colla parete anteriore della vagina, da un' altra parte, colla parete posteriore di essa; eguale è l' aspetto del tessuto tanto della vagina come dell'utero, e la linea di demarcazione tra la prima ed il secondo non è tanto marcata quanto nello stato naturale.

Farò osservare (abbenchè trattisi di una circostanza anatomica affatto estranea all' oggetto che ci occupa) che questa figura dà un' idea esattissima del modo di continuità delle piccole labbra col piccolo tubercolo C, che costituisce l'estremità terminale della clitoride.

La fig. 2 che rappresenta, vista di profilo, una sezione verticale antero-posteriore del tumore e del bacino, renderà anche più sensibili i rapporti delle parti spostate.

In questa figura, procedendo dall' avanti in dietro osservansi le seguenti parti: 1.º la parete anteriore della vagina V A.

2.º La sezione del canal dell' uretra, di cui puossi perfettamente apprezzare la direzione obliqua dall' alto in basso, la concavità leggera in basso; mentre che nello stato naturale, la sua concavità è diretta in alto e la sua direzione obliqua dal basso in alto.

3.º La porzione di vessica spostata e la sua continuità colla porzione rimasta in sito, la quale pure avea acquistato una gran capacità; quindi la presenza degli orifizj degli ureteri nella porzione spostata, i quali indicavano chiaramente che questa porzione apparteneva al basso fondo. Nè potea essere altrimenti, avvegnachè pel suo basso fondo aderisca la vessica alla faccia anteriore della vagina, adesione che fassi tanto meno marcata, quanto maggiore è la distanza dal canal dell' uretra.

4.º Il primo cul di sacco peritoneale 1.º C S P dietro la vessica.

5.º Dietro questo cul di sacco, la sezione dell' utero, il di cui diametro verticale è notabilmente aumentato, mentre l' estremità inferiore presenta un rigonfiamento considerevole, e la sua cavità forma un canale stretto e regolare.

6.º Dietro l' utero U T, il secondo cul di sacco peritoneale 2.º C S P col peritoneo vestiente l'altro cul di sacco formato dall'utero e dalla parete posteriore della vagina.

7.º Dietro al tumore formato dalla vagina arrovesciata, nel punto P P V la sezione di una specie di canaletto profondo formato dalla parete posteriore della vagina riflessa sopra se stessa: infatti, mentre che la parete anteriore di questo canale era rimasta spostata in tutta la sua altezza, la parete posteriore avea resistito in tutta la sua parte inferiore, e conservava i rapporti ordinari coll' intestino retto.

8.º Finalmente, la cavità del retto che non avea punto partecipato allo spostamento.

Riflessioni. — Per farsi un' idea della lesione di contiguità, conosciuta sotto il nome di *prolasso dell' utero*, supponiamo che un filo attaccato al muso di tinca eserciti una trazione continua sull' utero, nel senso dell' asse dello stretto inferiore. Questa trazione avrebbe per effetto, da una parte, l' allungamento, da un' altra parte, l' abbassamento dell' organo: ora dall' attenta dissezione praticata in molti casi di questo genere resulta chiaro, che, o l'allungamento, o l' abbassamento ha luogo nei prolassi dell' utero. L' allungamento è talora così piccolo, che, osservato questo viscere dal bacino, sembra occupare il suo posto normale, ed abbenchè poco resistenti i legami che tengono in sito questo viscere, pure riescono talora sufficienti per lottare efficacemente contro le cause dello spostamento. Inoltre, l' altra circostanza della coincidenza del rovesciamento della vessica e della mancanza di spostamento dell'utero, il quale ha soltanto subìto un marcato allungamento, questa disposizione, io dico, molto frequente d' altronde a riscontrarsi, è prova evidente, che in alcuni casi almeno, lo spostamento dell' utero ha il suo principio nel rovesciamento della vagina.

La vagina si rovescia sopra se stessa, alla maniera di un dito di guanto, per un meccanismo, che è affatto simile a quello delle invaginazioni dell' intestino. Considerando la cavità uterina come una continuazione della cavità vaginale, e le pareti uterine come continuate colle pareti vaginali, avremo, nel principio del prolasso dell' utero, una invaginazione a tre duplicature cioè: 1.° una parte centrale invaginata, ossia l' utero; 2.° due duplicature di vagina. In seguito, quando il rovesciamento è completo, non vi han più che due sole duplicature come nel prolasso del retto, la parte centrale, cioè, che è l' utero, invaginato nella vagina rovesciata. Vero però si è, che anche negli spostamenti i più completi riscontrasi, come ve-

stigio della seconda duplicatura formata dalla vagina, una solcatura più o meno profonda, la quale esiste dietro al tumore, e che nasce da ciò, che mentre il rovesciamento della parete anteriore della vagina è completo, quello della parete posteriore non lo è giammai, o quasi mai, qualunque sia il grado dello spostamento: così, i tumori formati dallo spostamento dell' utero hanno sempre un diametro verticale più considerevole in avanti che in dietro.

È tale la connessione che esiste tra il canale dell'uretra e la vessica da un lato, e la vagina e l' utero dall'altro, che lo spostamento di queste parti non può effettuarsi senza che esse traggansi dietro ed il canale dell'uretra ed il basso fondo della vessica, che riscontransi costantemente nella spessezza del tumore tra la parete anteriore della vagina e la faccia anteriore dell' utero. Di più, il peritoneo stesso vien tratto in basso insieme colla vessica, per poco considerevole che sia lo spostamento di essa, e forma, così, un cul di sacco, il quale è sempre molto al di sopra del livello del cul di sacco formato dalla vessica spostata. Dallo spostamento del canale dell' uretra resulta che, nel cateterismo praticato per questo genere di malattia, deesi dirigere la sonda in basso e in dietro, portando la concavità in basso; mentre dallo spostamento della vessica avviene pure che la sonda penetri, in principio, nella porzione di vessica spostata, per essere in seguito portata, per mezzo di un muovimento di altalena, nella porzione di vessica rimasta in sito.

Essendo immediati i rapporti che passano tra il retto e la faccia posteriore della vagina nella loro inferiore porzione, sembrerebbe, di primo tratto, che l'uno dovesse all'altra tener dietro nel suo spostamento, come la vessica tien dietro alla parete anteriore di questo canale; ma qui correrà alla mente di ognuno, che la parte inferiore del retto è più fissa di quello sia il basso-fondo della vessica, e che perciò, onde quest' intestino seguisse la parete poste-

riore della vagina, uopo sarebbe che il rovesciamento di essa parete posteriore fosse completo come lo è quello della parete anteriore. Però, giammai fummi dato di osservare l'intestino retto entro la spessezza del tumore; e solo in qualche caso di prolasso dell' utero, ebbesi ad esso consociata la incontinenza completa delle materie fecali, o almeno una gran diminuzione nella contrattilità dello sfintere.

In forza poi dei rapporti del peritoneo colla faccia posteriore dell' utero e della vagina, avviene che questa membrana discenda molto più in basso tra la parete posteriore dell' utero e la parete posteriore della vagina, di quello che tra la parete anteriore dell' utero e la parete anteriore della vagina. Dai quali rapporti, chiunque vede quante pratiche conseguenze emergano sotto il punto di vista chirurgico.

Dalla differenza che passa tra il cul di sacco peritoneale anteriore e il cul di sacco peritoneale posteriore respettivamente all' utero, accade, che il primo è, in generale, troppo poco considerevole per ammettere entro di se gl' intestini tenui, mentre il secondo può ammetterne anche una porzione assai considerevole, ed è appunto in quest'ultimo caso (il quale d'altronde sembrerebbe dover esser più frequente di quello in generale si osservi) che i tumori formati dal prolasso dell' utero acquistano sì considerevole sviluppo, da eguagliare puranco il volume della testa di un adulto.

Indipendentemente dall'allungamento che subisce l'utero, provano rimarchevoli modificazioni il suo muso di tinca e la porzione del collo più prossima ad esso, poichè quasi sempre la parte inferiore del collo diviene voluminosissima, di modo tale che, l' utero terminasi inferiormente in un marcato rigonfiamento; spesso la porzione intermedia al corpo del viscere ed al muso di tinca facendosi marcatamente ristretta, l'utero presenta con una esatta ve-

risimiglianza, la forma di una zucca. In generale poi l'ipertrofia del muso di tinca va sempre unita ad un rammollimento notabile con sviluppo vascolare di questa parte.

Più o meno deforme si fa l' orifizio inferiore del muso di tinca, avvenendo che uno dei labbri, ordinariamente il posteriore, divenga voluminosissimo, mentre che l' anteriore non esiste quasi più affatto. Nella maggior parte dei casi questo orifizio riscontrasi di una forma semi-lunare colla concavità posteriore: in un caso da me osservato, invece di presentare il suo più gran diametro nel senso trasversale, lo presentava dall' avanti all' indietro, per cui aveasi un labbro sinistro ed un labbro destro, il quale ultimo era molto più voluminoso del primo.

Talvolta l' orifizio del muso di tinca trovasi ridotto a un pertugio estremamente sottile, che dà difficilmente passaggio al sangue mestruo.

Finalmente può questo orifizio rimanere anche affatto obliterato, come ho attualmente luogo di riscontrare in un caso, di cui formava soggetto una donna di avanzata età: l' utero (corpo e collo) era trasformato in una cavità a pareti sottili e poco consistenti, ripiena di una quantità grande di poltiglia biancastra, micacea, la quale resultava evidentemente da dei cristalli di colesterina.

Lo spostamento della vessica, che è inevitabile nel prolasso dell'utero, ha talvolta per resultato l'incontinenza dell' orina; resultato che frequentemente osservasi nelle malate spettanti alla sezione delle *gateuses* della Salpêtrière, ed in quelle che sono afflitte dal detto prolasso. Quindi, non meno spesso lo stesso spostamento della vessica è causa pure di una somma difficoltà nella emissione dell' orina, sconcerto da cui nasce lo sviluppo o l' allungamento della vessica, la quale sopravanza quasi sempre il pube, e che dà spesso luogo alla presenza dei calcoli orinari, i quali ordinariamente risiedono nella porzione di vessica spostata.

In un caso però da me recentemente osservato, libera

affatto trovavasi la porzione di vessica spostata, mentre la vessica propriamente detta veniva intieramente riempita da un calcolo conoide schiacciato dall' avanti all' indietro. In questo caso, ben limitato esser dovea l' uffizio della vessica propriamente detta, poichè essa mostrava modellarsi esattamente sulla nominata voluminosa pietra, alla maniera stessa che si comporta la cistifellea in alcuni casi di calcoli biliari.

Il pezzo patologico esiste nel Museo Dupuytren.

MALATTIE DELLO STOMACO.

(TAVOLA II.)

Cancro.

Magrezza scheletriforme con vomiti intermittenti. — Erosione della muccosa gastrica. — Ipertrofia delle membrane fibrosa e muscolare. — Granulazioni miliari degli epiploon. — Placche opaline del peritoneo.

Tra lo stomaco rappresentato dalla fig. 1 tav. II trovasi molta analogia collo stomaco reso dalla fig. 2. tav. IV fasc. 19. differendo il primo dall'altro solo sotto alcuni aspetti, come procurerò di mostrare in seguito. Frattanto ecco l' istoria dell' individuo, a cui esso stomaco apparteneva.

Maria Felicita Legay, in età di 66 anni, trovavasi ammalata fino da 14 mesi, e la sua malattia avea incominciato per dei violenti dolori di stomaco, soprattutto dopo il cibo, susseguiti da vomito. Trasferita allo spedale della Pietà, dopo due mesi, passò alla Salpêtrière, ove, collocata nella Camera S. Anna; N.° 33, presentommi i seguenti fenomeni: magrezza estrema senza colore speciale della pelle; vomiti che si ripetono frequentemente; ilarità di carattere, non ordinaria negli ammalati per cronica affezione di stomaco. Frattanto l' ammalata stessa mi previene nella diagnosi, annunziandosi fin di bel principio, come affetta da cancro dello stomaco; nè mostrasi ella punto sod-

disfatta, allorchè, colla speranza di agire sul suo morale io cerco consolarla, dicendole che la malattia da essa annunziatami, non era ancora sufficientemente dimostrata. Esplorata la regione epigastrica e l'ipocondrio sinistro potei in dette parti riscontrare una resistenza, che non era manifestamente circoscritta; e solo negli ultimi giorni potei apprezzare un tumore oblongo, il quale offriva assai chiaramente la forma e la direzione dello stomaco. L'ammalata conservò la sua ilarità fino all' ultimo momento, e morì nel marasmo il più completo.

Necroscopia. — Piccola quantità di siero nella cavità del peritoneo, il quale mostravasi sparso di tubercoli miliari e di macchie leggermente prominenti, simili a delle gocce di cera che fossero state schiacciate; i quali tubercoli sembraronmi sviluppati al di sotto il peritoneo.

Il grande epiploon retratto, era sparso sulla sua superficie di tubercoli miliari o granulazioni bianche, che contrastavano, pel loro colore, colle granulazioni adipose disseminate nella spessezza dell'epiploon stesso, le quali aveano acquistato una tal consistenza, da doverne imporre, sotto il tatto, per tanti tubercoli. — Parimente nel piccolo epiploon esistevano dei tubercoli miliari o granulazioni.

Lo stomaco (fig. 1) è considerevolmente retratto sopra se stesso. Le sue pareti divise lungo la gran curvatura, presentano una notabile ma ineguale spessezza, essendo sommamente grosse alla regione pilorica P, e andando poi a diminuire progressivamente fino al cardia.

La superficie interna del viscere (fig. 1) è come granulosa, o meglio, d' apparenza areolare; vi si riscontrano dei resti della membrana muccosa, la quale rendesi apprezzabile e anche suscettibile di essere dissecata solo in prossimità degli orifizj. La grossezza dello stomaco in vicinanza al piloro è di 5 linee, e devesi alla ipertrofia delle membrane fibrosa e muscolare: la membrana fibrosa ha due linee di grossezza e la muscolare ne ha tre. Le quali due

membrane, come di sopra accennavamo, veggonsi diminuire nella grossezza loro a misura dello allontanarsi dal piloro. Però in vicinanza del cardia la membrana fibrosa vedesi più grossa della membrana muscolare.

In alcuni punti di detta superficie interna dello stomaco, mostransi a nudo le fibre muscolari, spogliate, cioè dalle membrane muccosa e fibrosa, le quali erano rimaste distrutte. Del rimanente, la tunica muscolare presenta, come in tutti i casi d' ipertrofia, delle linee alternativamente rosse e bianche, le ultime delle quali sono il resultato della trasformazione fibrosa del tessuto cellulare che unisce tra loro i fascetti di questa tunica.

Il ristringimento dell' orifizio cardiaco O C avea portato alla notabile dilatazione dell' esofago E; la milza è piccola, ma sana; il fegato sano; la cistifellea ripiena di piccoli calcoli e retratta; il dutto coledoco dilatato. — Il pancreas sano, senza alcuna aderenza allo stomaco. — La capsula surrenale sinistra adesa al gran cul di sacco dello stomaco per mezzo di un tessuto fibroso.

Riflessioni. — La descritta alterazione altro non è a considerarsi, a mio avviso, se non che una ipertrofia delle membrane fibrosa e muscolare dello stomaco, ipertrofia, la quale sembra essere un effetto consecutivo alla degenerazione della membrana muccosa che riscontrasi distrutta in quasi tutta la estensione dello stomaco. E qual fosse questa degenerazione io non dirò decisamente, solo affaccerò che, sebbene gli avanzi della membrana muccosa non presentassero i caratteri del cancro areolare gelatiniforme, non è però affatto fuori di qualche probabilità, che la lesione primitiva dello stomaco fosse di tal natura; tanto che la unica differenza tra lo stomaco rappresentato dalla fig. 2 fasc. 19, e lo stomaco reso dalla fig. 1 di questo fascicolo, consistesse nel primo caso, nello essersi estesa la degenerazione gelatiniforme a tutta la sostanza dello sto-

maco, nel secondo caso, nello avere soltanto attaccato la membrana muccosa.

L' alterazione dello stomaco rappresentata dalla fig. 1, stabilisce, nel modo il più perentorio, la esistenza in quest' organo di una membrana fibrosa ben distinta dal tessuto cellulare al di sotto la muccosa; la qual membrana fibrosa costituisce la trama fondamentale di quest' organo, mentre, partecipando alle sue alterazioni organiche, serve ad isolare la membrana muccosa dalle altre membrane, sotto i rapporti fisiologico e patologico, non meno che sotto quello anatomico.

La ipertrofia figura tanto nelle malattie dello stomaco, che ella è stata confusa, anche anatomicamente, col cancro duro o scirroso, da un gran numero di osservatori. Essa è una conseguenza necessaria della irritazione operatasi nello stomaco consecutivamente alla irritazione della membrana muccosa, dal che la necessità indispensabile del regime nelle malattie di questo viscere; regime che non in altro essenzialmente consiste che nel riposo, certamente non assoluto, che tale impossibile si rende per lo stomaco, e solo conseguibile colla tenuità dell' alimento, la quale sarà sempre un mezzo idoneo a tener lontana la flogosi, a prevenire la ipertrofia e con essa i ristringimenti, forieri di sì gravi sconcerti, quando stabilisconsi, sia all' orifizio pilorico, sia a quello del cardia.

Frattanto, se nel caso testè descritto si revocasse in dubbio il carattere canceroso della malattia della muccosa gastrica, richiamerei, come argomento decisivo in favore di tale alterazione, la esistenza delle granulazioni miliari nei due epiploon, non meno che le granulazioni e macchie bianche del peritoneo; la qual lesione dei due epiploon è frequentissima nelle malattie dello stomaco, e quasi la direi del dipartimento delle malattie di questo viscere, ove ammetter si volessero dei dipartimenti per le lesioni di ciascun organo.

Riporto qui una osservazione, la quale ha molta analogia colla già descritta. Di più avremo in essa un esempio dei disordini ai quali può condurre la infiammazione cronica dello stomaco, e quindi ne emergerà la necessità dell' analisi anatomica delle lesioni di questo viscere onde apprezzarne il loro vero carattere.

Magrezza scheletriforme. — Cancro dello stomaco con ipertrofia considerevole di quest'organo, dell'esofago e del diaframma. — Perdita di sostanza dello stomaco rimpiazzata dal pancreas, dalla milza e dal duodeno. — Fistola gastro-duodenale. — Indurite le glandule circumstanti al tratto superiore dell' aorta addominale. — Milza infiltrata di pus concreto.

Maria-Giovanna Delley, di 43 anni, madre di 5 figli, l' ultimo dei quali avea cinque anni, mancante di mestrui fino da due mesi, vien trasferita nella mia clinica, il 9 ottobre 1836, nello stato seguente: magrezza estrema; niun colore speciale della pelle; esilità di polsi; appetito, a cui mai soddisfà l' ammalata senza risentire una grave molestia all' epigastrio, la quale continua fino a che non sia intieramente compita la digestione; sete moderata; ilarità di carattere, che è un contrasto penoso colla emaciazione scheletriforme del suo corpo; non vomito. L' ammalata non può giacersi che sul lato destro; accusa marcato dolore alla parte sinistra dell' epigastrio lungo le coste spurie, ove riscontrasi voluminoso tumore, prominente sulla base del torace il quale sembra quindi approfondarsi nell' ipocondrio sinistro; questo tumore si fa estremamente dolente sotto la pressione.

La perfetta circoscrizione della malattia e l' assenza di qualunque fenomeno simpatico danno a supporre, che una

volta ristabilita la digestione dello stomaco, otterrebbesi la intiera guarigione.

Commemorativi. — Fino da diciotto mesi la Delley soffriva di dolore alla regione del cuore; non aveva appetito, ed era molestata da eruttazioni, che dopo l' ingestione degli alimenti provenivano dallo stomaco; frequente, nel corso del giorno, il vomito, non però di alimenti, ma di abbondanti muccosità.

L'ammalata intanto poco inquietavasi di questo suo stato, da lei attribuito al cattivo modo di cibarsi, poichè essa non osservava un' ora fissa per prendere il cibo, il quale d'altronde, non in altro consisteva che nel burro e nel formaggio. Per ovviare alle cattive digestioni, prendeva della tintura d'assenzio, che le riesciva, secondo essa diceva, assai proficua, e di cui continuò ad usare per il corso di circa quattro mesi.

Il vomito che, duranti i sei primi mesi, stato era frequentissimo, andò, grado a grado, allontanandosi, e fino da quattro mesi non esisteva affatto.

Poco tempo dopo il suo ingresso nello spedale, verso la fine d'ottobre, ricomparisce il vomito che si ripete frequentemente ed è costituito da materie vischiose, di un sapore non acido, ma piuttosto bilioso, senza avere il colore di questo liquido; lingua secca; l' ammalata non può giacersi che sul lato destro; continua il dolore lungo il bordo delle false coste sinistre; tosse, ciascun colpo della quale determina un intenso dolore all' epigastrio.

4 novembre: per la prima volta nel corso della malattia, vomiti biliosi che continuano nei giorni consecutivi; stomatite pseudo-membranosa; dolore all' epigastrio.

9 novembre: diarrea, tosse frequentissima, catarrale; polso esilissimo. — senso di debolezza. — dolore vivissimo allo stomaco. — Morte, il 15 novembre.

Necroscopia. — In vicinanza del piloro, lo stomaco aderiva alle pareti addominali: corrispondentemente poi a

questa aderenza e sulla esterna superficie, erasi formato un processo suppurativo. Quindi, diviso lungo la sua gran curvatura, lo stomaco (fig. 2) presentava sulla sua faccia posteriore una gran perdita di sostanza, circoscritta da un ribordo circolare assai pronunziato; venia questa coperta dal pancreas non meno che dalla estremità inferiore della milza. In vicinanza della stessa parte riscontravasi un'ulcera cronica dello stomaco che era terminata per cicatrizzazione. A destra poi di questa cicatrice esisteva una larga apertura di comunicazione tra lo stomaco ed il duodeno, la quale costituiva una fistola gastro-duodenale F G D, sul di cui bordo riscontravansi delle escare fetide. Sulla stessa figura vedesi, la terza porzione del duodeno portarsi di basso in alto per andare ad aprirsi nello stomaco; quindi dal bordo di questa apertura di comunicazione discendere il principio dell' intestino tenue.

Notabilmente ipertrofizzate mostravansi le pareti dello stomaco, resultando, pei tre quarti della loro grossezza, dalla membrana fibrosa, mentre la membrana muscolare ne costituiva l' altro quarto.

È poi circostanza veramente rimarchevole, che la ipertrofia fosse generale, ed estendessesi tanto dal lato dell'orifizio cardiaco O C, come verso l'orifizio pilorico; di più essa vedevasi estesa alla parte inferiore dell' esofago, ed alla vicina porzione del diaframma D I A, che all' esofago stesso erasi fatta aderente.

La milza M, che avea acquistato un volume assai più considerevole dell' ordinario, vedeasi situata quasi orizzontalmente lungo la gran curvatura dello stomaco, otturando in parte, come di sopra accennammo, la notata perdita di sostanza del viscere; sulla sua superficie mostravasi essa screzziata di più colori, ed osservata internamente, previa una incisione, mostrava il suo tessuto esser divenuto biancastro, compatto e fragile. Questa alterazione, che è assai comune a riscontrarsi nelle spleniti intermittenti, altro per

me non è a ritenersi se non che il resultato di una infiammazione cronica e della combinazione del pus col tessuto del viscere.

Le glandule che circondano la porzione dell'aorta corrispondente allo stomaco erano voluminose e indurite. Tutti gli altri organi in stato normale.

Riflessioni. — In niuna parte di questa descrizione trovasi accennata la esistenza del tessuto canceroso; ed io ben volentieri ritengo, sia non altro a considerarsi la lesione resa dalla fig. 2, tav. II, se non che un resultato della infiammazione cronica dello stomaco. Ecco pertanto, come io analizzerei questa osservazione. — La prima alterazione fu un' ulcera cronica semplice della faccia posteriore dello stomaco, ulcera, la quale erasi formata a spese di tutta la grossezza delle pareti, state poi rimpiazzate dal pancreas; quindi avea avuto luogo la cicatrizzazione dell' ulcera, eccetto però in basso e a destra, ove, essendo continuata la ulcerazione, la infiammazione che l' accompagnava, avea terminato colla cangrena; in seguito, rimasta distrutta la corrispondente porzione del pancreas, erasi creata l'apertura di comunicazione col duodeno, la quale, a giudicare dalle escare che tappezzavano il tratto, fistoloso e dallo stato acuto sopraggiunto nel periodo più avanzato della malattia, sembra fossesi di recente effettuata.

L' ispessimento della tunica fibrosa era il resultato della flussione lungo tempo mantenutasi sulla membrana muccosa.

In quanto poi alla ipertrofia, che, da un lato, avea sorpassato i limiti del cardia ed avea attaccato la porzione inferiore dell' esofago, mentre dall' altro, erasi estesa al diaframma, ciò non sarà per recar maraviglia ove per poco si rifletta a quello che altre volte accennava, cioè: che quando un organo contrae delle aderenze con un altro organo alterato nella sua struttura, la lesione organica può propagarsi per

continuitá di tessuto, come se i due organi fossero naturalmente continui.

Frattanto, a prevenire guasti organici di questa specie, non altro metodo sembrerebbemi da anteporsi a quello che suolsi impiegare per vincere la infiammazione, unica sorgente, a mio avviso, da cui detti guasti traggono origine.

MALATTIE DEGL' INTESTINI.

Ristringimenti del grosso intestino. — Corpi estranei.

(Tavola III.)

Noccioli di ciliegia arrestati nel grosso intestino per un cancro encefaloide circolare. — Oscurità di diagnosi. — Sensazione d' enfisema. — Perforazione spontanea dell' intestino. — Peritonite consecutiva al passaggio di tre noccioli di ciliegia nella cavità del peritoneo.

Il 3 luglio 1835 (*) la Richer, in età di 58 anni, vien tradotta alla Salpêtrière, e collocata nella mia clinica, Sala Saint-Denis N.° 13, per una diarrea che affliggevala fino da qualche giorno, con grandissima prostrazione di forza muscolare. Procedendo all' esame di questa ammalata, riscontravamo, immediatamente al di sotto della cicatrice ombelicale, un tumore fluttuante, del volume di una grossa noce, che sembrava estendersi nella spessezza delle pareti addominali, irreducibile, senza alcun rumore di gas, offrendo manifesta la fluttuazione di un liquido, ma d' altronde indolente sotto la pressione: corrispondentemente a questo tumore la pelle mostrava una rubefazione, la quale

(*) Osservazione raccolta dal Sig. Diday, Interno addetto alla mia clinica, e quindi presentata alla Società anatomica, e pubblicata assai incompletamente dal Sig. Mimard, Esterno.

annunziava che essa pure cominciava a partecipare della flogosi delle parti sottostanti.

Dietro l' ombelico esisteva un tumore duro che estendevasi a destra fino nell' ipocondrio.

Era un fenomeno singolare, che sotto la più leggera pressione questo tumore offriva quella specie di crepitio sottile e secco che caratterizza l' enfisema; sensazione distintissima, avvertita pure da tutti coloro che seguitavano abitualmente la mia clinica e in special modo dai Sigg. Augusto Bérard e Hourman, e la quale mostrava aver sua sede nel tessuto cellulare succutaneo. Ora, ammesso che questo fenomeno stasse a indicare l' esistenza dell' enfisema, rimanea a spiegarne come quest' enfisema fossesi stabilito; su di che potea supporsi, fossersi create delle aderenze tra il colon e le pareti addominali, o sivvero potea credersi alla perforazione di quest' intestino con infiltramento di gas nel tessuto cellulare succutaneo. Frattanto non esisteva alcun sintoma di strozzamento, e, abbenchè l'ammalata soffrisse di diarrea fino da molti giorni, il giorno avanti, il Sig. Hourman, che mi rimpiazzava alla clinica, aveale amministrato due once d'olio di ricino, colla idea, d' altronde assai giudiziosa, che, non-ostante la esistenza della diarrea, aver poteasi ritensione di materie fecali di antica data: infatti sotto l' azione del purgante, ottennersi molte scariche alvine, alcune delle quali costituite da materie assai dure; addome molle e indolente.

Lo stato generale dell' ammalata annunziava un prossimo fine; grandissima la prostrazione delle forze; la lingua secca; la sete ardente.

Dal 6 luglio, giorno della mia prima visita, fino al 12, lo stato adinamico era giunto al più alto grado; il tumore fluttuante all' ombelico aveva acquistato il volume del pugno. Il 13, trovai l' ammalata nel più profondo stato comatoso. Perdita della miotilità, della sensibilità e della intelligenza. La pelle era bruciante e coperta di sudore; le

pupille contratte e immobili. Frattanto le infermiere non poterono notiziarmi con esattezza sul modo col quale eransi sviluppati gli sconcerti offerti allora dalla ammalata, e solo ne fu riferito, che essa era stata sorpresa da un intenso tremore, pochi momenti avanti la nostra visita. Morte a undici ore del mattino.

La condizione di enfisema, che per mezzo del tatto, aveamo noi creduto potere stabilire di bel principio, conservossi, senza aumento o diminuzione, fino all' ultimo momento della vita.

Necroscopia. — Il tumore fluttuante ombelicale veniva costituito da un sacco contenente un bicchiere di un pus grigiastro e fioccoso, di un odore fetido. Questo sacco, il di cui diametro trasverso era più considerevole del verticale, mostravasi diviso in due parti, una anteriore e l'altra posteriore ai muscoli retti dell' addome. Quindi la sua cavità era suddivisa in molte cellule per dei setti incompleti. La sua superficie interna vedeasi tappezzata come da tante piccole particelle cangrenose, e non presentava alcuna comunicazione colla cavità peritoneale.

Aperto l' addome, rinvenimmo le tracce di una peritonite intensissima, cioè: del pus che era raccolto segnatamente nel piccolo bacino, dei fiocchi albuminosi, un color rosso intensissimo, delle arborizzazioni, e la echimosi subperitoneale.

Quindi, avanzando nelle nostre indagini, potemmo mettere in chiaro, a che attribuir doveasi quella senzione che ne facea supporre l'enfisema, e di cui aveamo invano cercata la spiegazione: una quantità considerevole di noccioli di ciliegia erano accumulati nel ceco, nel colon ascendente ed in una porzione del colon trasverso (Tav. III); ora, il mutuo soffregamento di questi corpi estranei, che scivolavano sotto la più leggiera pressione, determinava un rumore analogo al fremito prodotto dallo spostamento dell'aria nell'enfisema; e questa illusione aveasi pur anco nella esplorazione praticata sul cadavere.

La condizione poi a cui teneva l'accumulamento di questi noccioli di ciliegia, il di cui numero ascendeva a 617, consisteva in un ristringimento organico, risiedente nell'arco del colon corrispondentemente alla regione ombelicale. Al di là di quest' ostacolo vedevasi una perforazione ellittica P F, di sei su quattro linee, e per la quale tre noccioli di ciliegia avean penetrato nella cavità dell' addome.

Aperto l'intestino, potemmo vedere, come l'ostacolo al corso delle materie fecali venisse prodotto da una degenerazione encefaloide delle pareti dell' intestino, la quale ne avea talmente ristretto il calibro, che appena avrebbe dato accesso a una penna di corvo. Le figure 1 e 2 rappresentano il ristringimento R, e l' infundibolo I N F offerto dalla muccosa ai limiti del ristringimento stesso.

Del resto, il tessuto degenerato era areolare e compenetrato di suco canceroso, che ottenevasi per espressione. In mezzo a questo tessuto lasciavansi distinguere dei fascetti muscolari ipertrofizzati I M, I M.

Al di quà del notato ristringimento, l' intestino presentava, oltre la perforazione, un gran numero di ulcerazioni ovolari U U U, fig. 2, evidentemente prodotte dall'azione meccanica esercitata sulle pareti dell'intestino dalla presenza dei noccioli, e in fondo alle quali vedevasi allo scoperto la membrana muscolare. La perforazione P F avea avuto luogo a spese di una di queste ulcerazioni.

L' arco del colon formava al di là del ristringimento, un' ansa, la quale aderiva validamente all' ombelico. Questa ansa A C, aderente alla faccia posteriore delle pareti addominali, vedesi rappresentata con molta esattezza dalla figura stessa.

Il cervello mostravasi nel più perfetto stato d' integrità.

Riflessioni. — 1° Lo stato comatoso con perdita completa e generale del senso, del moto e della intelligenza,

nasce, sia da una apoplessia centrale e considerevole della protuberanza anulare, sia da una lesione funzionale puramente simpatica del cervello. Ma, essendo che le apoplessie centrali ed estese della protuberanza abbiansi tanto rare, quanto sono frequenti le lesioni funzionali del cervello, così io non avea esitato, nel caso testè descritto, a pronunziare, che niuna lesione sostanziale trovata sarebbesi in questo viscere: sul qual proposito giovi anche il ricordare, come nei nostri ammalati della Salpêtrière, sia in quelli attaccati da una malattia acuta (pneumonite, peritonite), o in quelli afflitti da una malattia cronica (cancro dell' utero, malattie del fegato, lenta peritonite) giammai siasi presentata una paralisi completa e generale del senso e del moto, o una perdita completa della percezione e della intelligenza senza che la consecutiva necroscopia ne faccia vedere la benchè minima lesione del cervello e delle sue dipendenze.

2.° L' ascesso ombelicale avea evidentemente risieduto, nel nostro caso, in un antico sacco erniario, di cui il collo era completamente obliterato, tanto che ritrattiamo qui ciò che più sopra annunziavamo della comunicazione esistente tra la cavità del sacco erniario e la cavità peritoneale. Infatti il pus del sacco erniario era fetido, come negli ascessi cangrenosi, ed il pus del peritoneo era bianco. Questa mancanza di comunicazione venìa pienamente constatata dal Sig. Tomson, a cui attribuissi l' incarico di presentare su questa osservazione un rapporto alla Società anatomica, ciò che egli fece nel modo il più lodevole. Lo stesso relatore potè, in questo caso, mettere in essere, che dal fuocolare principale partivano cinque piccoli fuocolari secondarj senza alcuna comunicazione tra loro; che a formar questi ultimi il pus erasi fatto strada a traverso le aperture naturali esistenti nelle aponevrosi per dar passaggio ai vasi, e lungo questi vasi stessi; che i due fuocolari principali eransi estesi nella guaina dei muscoli retti, tra la

faccia anteriore di essi e la guaina stessa; che le tre altre cavità avean sede tra la lamina superficiale e la lamina profonda del fascia-lata; che finalmente, in tutti questi fuocolari lasciavansi distinguere gli steli vascolari che avean servito di conduttori al pus.

Così, il tumore ombelicale era a considerarsi come affatto estraneo alla malattia principale. Esisteva una antica ernia ombelicale epiploica: delle strette aderenze tra l' epiploon e il collo del sacco aveano intercettato qualunque comunicazione tra il sacco erniario e la cavità peritoneale. Formatosi, in seguito, un ascesso, avea questo distrutto il sacco erniario, ed il pus avea penetrato lungo i vasi , o piuttosto la infiammazione stessa erasi estesa per mezzo del tessuto cellulare che accompagna i vasi , fino negli spazj cellulari più considerevoli.

3.° Non era dunque il tumore ombelicale se non che un epifenomeno della malattia, la quale consisteva essenzialmente in un ostacolo al corso delle materie, prodotto da un ristringimento dell' intestino; il di cui carattere carcinomatoso non erasi punto fatto palese nel treno dei morbosi fenomeni. E qui è veramente a rimarcarsi come il notato ristringimento avesse potuto portarsi tanto oltre, lasciando, per tanto tempo, libero il corso alle materie fecali, a cui non avean tampoco fatto ostacolo gli stessi noccioli di ciliegia, a traverso i quali passavano le materie liquefatte o sminuzzate come a traverso un cribro. E forse questi stessi noccioli, una volta radunatisi nell' intestino in gran quantità, resersi difficili ad essere eliminati solo perchè la contrazione dell' intestino portava unicamente all' effetto da fare scivolare questi piccoli corpi sopra se stesso.

4.° Era poi di un qualche interesse il determinare l' epoca alla quale rimontava la presenza di questi noccioli, e se fosse da stabilirsi nel corso dell' anno attuale, o sivvero nell' anno precedente. Una tal questione però venne perfettamente sciolta dal relatore della commissione

della Società anatomica, Sig. Thomson, il quale dimostrò, che questi noccioli, i quali appartenevano evidentemente alla specie delle ciliege chiamate duracine, non potevano appartenere ad alcuna delle specie di ciliege dell' anno, perchè l' ammalata era morta il 13 luglio, e i frutti della specie indicata maturano soltanto verso la fine del giugno; di più l' endocarpo che era levigatissimo, friabilissimo, e la mandorla che era appassita, chiaramente mostravano, che essi noccioli appartenevano ai frutti dell'anno precedente.

5.° In quanto alla sensazione di enfisema prodotta dallo spostamento dei noccioli di ciliegia, devo io qui confessare essere stata questa una fra le illusioni le più complete che io mi abbia giammai provato, illusione della quale parteciparono puranco tutti coloro che mi seguitarono nella osservazione di questa ammalata. Simile errore però non mi avverrebbe altrimenti ora che un fatto da me recentemente osservato, insegnommi, potersi l' enfisema riconoscere per mezzo del senso dell' udito assai meglio che pel mezzo del tatto: trattavasi di una vecchia donna che venìa minacciata di soffocazione per notabile raccolta di liquido nella cavità della pleura sinistra. Praticata la paracentesi del torace, il vuoto lasciato dal liquido evacuato, non tardò a riempirsi completamente d' aria, e un enfisema considerevole manifestossi nella enunciata parte del petto; nella ascoltazione toracica, che io praticava tutte le mattine, potei mettere in essere, che la pressione esercitata dalla mia testa sulle parti enfisematiche, determinava un rumore distintissimo, molto analogo a quello prodotto dalla carta maneggiata, rumore che fu percettibile dall'orecchio per molto più tempo dopo che la sensazione dello spostamento delle bolle gazose non fu più avvertibile dal tatto,

Circa due mesi dopo il caso singolare della ritensione dei noccioli di ciliegia, molti di coloro che erano stati testimoni di questo fatto, mi annunziarono, esservi alla Salpêtrière, nella sezione delle Incurabili, altro caso del tutto

a quello somigliante. Portatomi immediatamente a verificare la enunciata malattia potei assicurarmi che coloro i quali avevan giudicato prima di me, eransi pienamente ingannati, ed ebbi così una nuova prova della facilità di illudersi in simil genere di alterazioni: infatti un accurato esame dell'ammalata in questione, portommi a stabilire, trattarsi unicamente di un tumore saccato della ovaja, e che il preteso rumore di noccioli di ciliegia altro non era se non che il resultato della rottura di piccole cisti, rottura la quale effettuavasi tutte le volte che venia praticata una valida pressione. La consecutiva necroscopia giustificò pienamente il diagnostico da me pronunziato.

6.° La perforazione dell' intestino era il prodotto evidente della presenza dei noccioli di ciliegia, i quali, in altri punti, avean determinato un certo numero di ulcerazioni, tutte limitate alle membrane muccosa e fibrosa.

7.° L'intiera porzione del grosso intestino situata al di quà del ristringimento e conseguentemente a quella porzione occupata dai noccioli di ciliegia, era singolarmente rimarchevole per un grande sviluppo di adipe, il quale avea sede in due strati ben distinti del tessuto cellulare: 1.° nel tessuto cellulare sub-muccoso; 2.° nel tessuto cellulare sub-peritoneale. L'adipe sub-muccoso, che era sottilissimo, formava uno strato uniforme e presentava, qua e là, delle piccole masse, le quali sollevavano la membrana interna dell' intestino, e più che altrove trovavansi accumulate presso la valvula ileo-cecale, che in forza di esse mostravasi più rilevata dell' ordinario. Affatto sprovvisto di adipe era tutto il tratto del grosso intestino al di là del ristringimento. Il Sig. Thomson, che nulla omise nello studio di questo pezzo patologico, rimise al Sig. Barruel una certa quantità di questo tessuto adiposo sottoposto all' azione dei reagenti, ai quali però non avea offerto resultati diversi da quelli soliti a riscontrarsi nell' analisi dell' adipe in genere.

Frattanto, la presenza di questo tessuto adiposo nella porzione del grosso intestino intermedia alla valvula ileo-cecale ed al punto ristretto, sembrami potersi riguardare non altro che un resultato della inazione alla quale, per sì lungo tempo, era andato soggetto questo tratto intestinale.

Ora, questa esistenza del grasso in un punto circoscritto del tessuto cellulare sub-muccoso degli intestini è un fatto rarissimo a riscontrarsi, e giammai, ad eccezione dei molti casi da me osservati di piccoli lipomi sub-muccosi, non mi si offerse la circostanza di riscontrare uno strato adiposo esteso uniformemente su qualche tratto intestinale. Andral cita, nella sua anatomia patologica, un solo caso di tumore adiposo, del volume di una fava, occupante la parte superiore dell' intestino tenue; in questo caso la muccosa intestinale erasi mantenuta nel più perfetto d' integrità.

Fascicolo 52.

MALATTIE DELLA PROSTATA.

(Tavola I.)

Prostata divisa in lobuli prominenti nella vessica e nel canale dell' uretra. — Incontinenza d' orina, susseguita da ritensione di questo liquido. — Calcolo a superficie ineguale. — Ipertrofia della vessica (*).

Un vecchio di 70 anni, entra, il 20 ottobre 1834, nelle Sale chirurgiche dell' Ospizio di Bicêtre, per esservi curato di una ritensione di orina, la quale avea succeduto a una incontinenza abituale, di cui il malato non seppe indicare la origine. Introdotta, senza alcuna difficoltà, la siringa in vessica, vi fu mantenuta per quindici giorni, al termine dei quali uopo fu levarla, essendoci accorti che l'orina fluiva tra la sonda e l'uretra, anche quando l'estremità della sonda stessa non trovavasi più in vessica. Ricomparve l' incontinenza dell' orina.

Frattanto: sensibile alterazione nello stato generale del malato; perdita dell' appetito; diminuzione delle forze ed in breve, adinamia la più pronunziata. Da ogni siringatura, che praticasi sul malato giornalmente, si ottiene piccolissima quantità di orina purulenta, eccessivamente fetida; la sonda d' argento si estrae tinta in nero ed anche

(*) Osservazione e pezzo patologico comunicati alla Società anatomica dal Sig. Mercier, Interno a Bicêtre, nella Clinica del Sig. Murat.

color di sangue, non ostante le grandissime cautele usate nella introduzione dello strumento, che sempre riesce facilissima.

Il 10 novembre, manifestasi nel punto di unione dello scroto colla verga una tumefazione, la quale, pel suo colore livido, presumesi indicare un ascesso orinoso, di cui, in seguito, si fa certa l'esistenza, poichè la pressione esercitata su di esso, determina dall'uretra un flusso marcioso. Il 14 novembre accade la morte del malato.

Necroscopia. — La vessica conteneva una piccola quantità d'orina purulenta ed un calcolo a superficie ineguale, del volume di una grossa noce. La sua capacità (figg. 1 e 3) mostravasi molto più considerevole di quello soglia ordinariamente riscontrarsi in simil genere di malattie.

Le sue pareti vedevansi molto ingrossate per una ipertrofia (figg. 1 e 3), la quale spettava unicamente alla membrana muscolare che erasi trasformata in uno strato assai grosso S M, non meno che allo strato grassoso S G intermedio al peritoneo e alla tunica muscolare. Tutta la superficie interna della vessica mostravasi tappezzata da una pseudo-membrana mammellonata.

La fig. I rappresenta la vessica aperta, il trigono vessicale T R V, gli orifizj degli ureteri, due tumori considerevoli sorgenti dal collo della vessica e prominenti nella cavità di quest'organo. T S è il tumore superiore, T I il tumore inferiore, il quale è molto più voluminoso del primo. Tra questi due tumori esiste l'orifizio vessicale dell'uretra O U, che ha l'aspetto di una fenditura trasversa. A destra e a sinistra di questo orifizio esistono i due piccolissimi tumori T D, T S.

La fig. 2 rappresenta la vessica rovesciata, e per conseguenza la sua superficie interna S I V e i tumori T S, T I, T D visti di profilo. I due tumori T S e T I sono prominenti nella vessica e intercettano una specie di muso di tinca.

La fig. 3 rappresenta la vessica e il canale dell' uretra aperti lungo una linea mediana nella loro faccia superiore.

Oltre la già descritta innormalità della vessica, è da notarsi la ipertrofia, cioè, la non ordinaria grossezza dello strato muscolare e dello strato grassoso, quindi la protuberanza formata dalle colonne carnose e dai piccoli sacchi o cellule che vengono da esse colonne traversate. Su questa stessa figura scorgesi perfettamente la disposizione lobulare della prostata, i lobuli T S, T I, e quest' ultimo continuantesi col verumontanum V M, che è sviluppatissimo, i lobuli T D, T S, la di cui estremità libera erasi fatta patente all' orifizio della vessica. Mostransi poi le solcature che separano tra loro tutti questi tumori.

La prostata formava un cilindro completo attorno il canale dell' uretra, e per una disposizione non molto frequente a riscontrarsi, era essa in parte mancante, in corrispondenza della metà inferiore di detto canale, o piuttosto vi era rimpiazzata dai descritti lobuli, mentre corrispondentemente alla metà superiore del canale P P, mostravasi sommamente ingrossata.

I reni erano sani nel loro tessuto proprio; la superficie interna dei calici era di un color livido e tappezzata da uno strato purulento. I testicoli erano sani; solo uno di essi mostrava corrispondentemente al capo dell'epididimo, una piccola ciste purulenta.

Le vessichette seminali erano pur esse distese da una materia purulenta: la parete inferiore del canale dell'uretra presentava una perdita di sostanza corrispondentemente alla parte anteriore dello scroto ed in prossimità del ligamento superiore della verga.

Riflessioni. — 1.° L' ipertrofia della membrana muscolare della vessica congiunta alla capacità di questo sacco sembranmi stabilire, che l' incontinenza di orina, di cui

il malato avea a lagnarsi fino da tanto tempo, altro non fosse che una ritensione di orina con regurgito, se pure l' ipertrofia dello strato grassoso sub-peritoneale non avesse impedito, tenendo ferma la vessica, che essa si contraesse, per cui l'orina evacuassesi a misura che vi si raccoglieva, e nell' istessa proporzione colla quale vi entrava.

2.° L' esistenza di uno o più calcoli orinari nelle malattie della prostata è un fatto frequentemente osservato, e di cui interessa il tener conto nei diversi metodi di cura di queste malattie. Uopo è avvertire però che questi calcoli ponno sottrarsi con assai di facilità alla sonda esploratrice, la quale vien tenuta discosta dal basso fondo della vessica, sede ordinaria dei calcoli, dai lobuli che occupano quasi sempre la parte inferiore dell' orifizio vessicale dell' uretra; e solo potrebbe giungersi ad apprezzare la loro esistenza, impiegando una sonda fortemente ricurva presso la sua estremità, come è la sonda immaginata dai Sigg. Leroy e Mercier per la esplorazione dei nominati lobuli; poichè allora basta dirigere in basso e in dietro la concavità dell' istrumento, nella quale viene ad esser compreso il lobulo, mentre il becco della sonda va a urtare contro tutti i corpi estranei che gli restano dietro.

3.° La disposizione lobulare della prostata, i solchi che separano questi stessi lobuli, spiegano nel nostro caso, la ritensione dell'orina, e la incontinenza pure, quando, cioè, per effetto della ritensione, i lobuli sporgenti nell' interno della vessica, restavano tra loro separati; quindi la facilità del cateterismo, poichè l' estremità della sonda strisciava lungo i solchi di separazione dei lobuli e non andava punto a urtare contro la valvula unica, che spesse volte si forma pel lobo medio prostatico ipertrofizzato.

4.° La metà inferiore della prostata mostravasi divisa in lobuli ineguali, che quasi riguardarsi potevano come i resultati della decomposizione di questa glandula. Non aveasi dunque mancanza assoluta della metà inferiore della pro-

stato, ma bensì separazione dei suoi lobuli e prominenza di essi nell' interno della vessica. In quanto poi alla presenza dello strato prostatico di rimarchevole grossezza attorno la metà superiore del canale dell' uretra, è questo un fatto ormai constatato da non picciol numero di osservatori, e di cui potrebbesi dar ragione, ammettendo, che la ipertrofia dei lobuli della parte inferiore della prostata facesse, in qualche modo, refluire verso la metà superiore una quantità degli acini glandulari della metà inferiore della sua circonferenza.

Su questo come su moltissimi altri casi, potei constatare, che la prostata trovasi contenuta tra due piani muscolari, prolungamenti dello strato muscolare della vessica, uno esterno grossissimo, l' altro interno assai sottile, e quest' ultimo, intermedio alla membrana muccosa e al tessuto proprio della prostata; che inoltre la prostata stessa vien traversata da delle fibre muscolari, le quali sono del pari non altro che il prolungamento dello strato muscolare della vessica. La grossezza poi dello strato muscolare prostatico esterno, e la sottigliezza di quello interno, danno ragione, perchè, nella ipertrofia della prostata, i lobuli si facciano costantemente prominenti nell' interno della vessica e giammai all'esterno di essa.

Le ipertrofie della prostata si dividono in ipertrofie generali ed in ipertrofie parziali o lobulari.

La mancanza della prostata attorno la metà inferiore del canale dell' uretra e per conseguenza nella spessezza del setto uretro-rettale, esser potrebbe foriera di assai gravi conseguenze nella operazione del taglio laterale, potendo la sola resistenza della prostata opporre un limite alla lacerazione che ha luogo nell' atto della sortita dei calcoli di grosso volume.

5.° In quanto poi alla distruzione delle pareti dell' uretra ed al consecutivo infiltramento orinoso, è questo unicamente l' effetto della presenza di una sonda nel ca-

nale uretrale. Nel nostro caso, la perforazione erasi effettuata corrispondentemente alla concavità della seconda curvatura dell' uretra, e sotto la presenza di una sonda di gomma elastica.

6.° Finalmente è per me un fatto clinico veramente importante il non coincider giammai la ipertrofia parziale e completa della prostata col ristringimento del canale dell' uretra; essendomi anzi accaduto di osservare piuttosto il ristringimento della parte membranosa del canale uretrale quasi sempre congiunto ad una atrofia più o meno completa del nominato organo, atrofia resultante le più spesse volte da cronica infiammazione. Ad appoggiare simile proposizione concorrono i due fatti che qui sotto riporto.

Atrofia della prostata convertita in una borsa biloculare. — Ristringimento fibroso del canale dell' uretra.

Su di un individuo trovai un ristringimento del canale uretrale occupante il bulbo e l'attigua porzione membranosa. Questo ristringimento era di natura fibrosa, ed avea da 8 a 9 linee di estensione; nel centro di esso la trasformazione fibrosa erasi effettuata a spese e della membrana muccosa e del tessuto spungioso dell' uretra; alla circonferenza poi la sola membrana muccosa era stata compresa in detta trasformazione, nè punto aveavi partecipato il tessuto spungioso. Il ristringimento e la parte vicina del canale dell' uretra rappresentavano due coni addossati colle loro estremità. Notabilmente dilatata era la porzione del canale intermedio alla vessica ed al ristringimento. Sviluppatissimo mostravasi il verumontanum e presentava un rigonfiamento considerevole, da cui partivano delle piccole briglie, le quali portavansi, divergendo, al collo della vessica. Se comprimevasi la porzione prostatica del cana-

le, ottenevasi dalle aperture del verumontanum, non meno che dalle altre aperture situate su tutti i punti della circonferenza del canale stesso, una certa quantità di materia purulenta.

La prostata, apparentemente voluminosa, mostravasi convertita in una borsa contenente del pus, divisa in due parti da un setto incompleto; veniva essa traversata da una quantità di piccoli lacerti che incrocicchiavansi fra loro e che probabilmente altro non erano se non che i vasi sanguigni e i dutti escretorj di quest' organo glandulare. Vuotavasi questa borsa nel canale dell' uretra per mezzo degli orifizj dei dutti ejaculatorj, e per quelli dei dutti prostatici, situati a ciascun lato del verumontanum.

La vessica era piccola e notabilmente ipertrofizzata, avendo le sue pareti da 4 in 5 linee di grossezza. Il trigono veniva costituito da una sorta di mezza luna colla concavità in dietro. Posteriormente al trigono la vessica formava un cul di sacco assai profondo; era essa a lacerti e a cellule, niuna delle quali mostrava di contenere dei calcoli.

Nel caso seguente, che io devo alla gentilezza del Sig. Michon, posteriormente al ristringimento uretrale, la prostata era trasformata in una borsa, o specie di vessica supplementaria, comunicante col canale dell'uretra per mezzo di un' ampia apertura: questa borsa conteneva un calcolo orinario di fosfato ammoniaco-magnesiano.

Prostata trasformata in una ciste contenente un calcolo orinario.

Un malato si costituisce allo spedale per una ritensione d'orina, la quale fluiva goccia a goccia. Secondo i commemorativi, questa ritensione orinaria esisteva fino da molti anni, ed erasi formata in seguito ad una caduta sul peri-

neo. Impossibile essendo il cateterismo, si è sul dubbio se sia praticabile la puntura ipogastrica; operazione che vien poi affatto esclusa per non essere apprezzabile dal tatto la vessica al di sopra del pube. La percussione all'epigastrio rende un suono intestinale. Orripilazioni fredde; singhiozzo; morte.

Necroscopia. — Vessica poco sviluppata a pareti grossissime; cangrena della parete posteriore di quest' organo, non estesa al peritoneo; un calcolo bianco sporgeva nel canale dell' uretra, subito avanti all' orifizio della vessica contenuto in una specie di borsa sottostante alla vessica medesima. Questa borsa veniva formata dalla prostata, la quale avea perduto tutti i suoi caratteri di glandula, per rivestir quelli di una ciste a pareti assai grosse. Il canale dell' uretra presentava un ristringimento in corrispondenza della sinfisi del pube, e conseguentemente, nella porzione membranosa di questo canale. Ivi potemmo scorgere per mezzo di uno specillo, il pertugio pel quale l'orina fluiva goccia a goccia, come di sopra accennammo; il canale dell' uretra era quivi trasformato in un grosso cordone fibroso. Gli ureteri, e soprattutto il destro eransi fatti, in forza della ritensione dell' orina, dilatatissimi e flessuosi; distesi pure mostravansi la pelvi ed i calici renali, mentre tutta la sostanza del viscere era atrofizzata.

Il corpo del testicolo destro presentava dei tubercoli disseminati in mezzo al tessuto sano. L'epididimo poi era tanto infiltrato di materia tubercolare, che appena sarebbesi riconosciuto.

Un piccolo ascesso risiedeva nel capo di quest'organo.

Riflessioni. — Avemmo dunque, in questo caso, ristringimento della porzione membranosa del canale dell' uretra; ritensione dell' orina; calcolo che erasi creato un sacco a spese della prostata, il quale, alla esplorazione del dito per il retto, ne avrebbe imposto per una prostata ingor-

gata. Chè, se possibile riescito fosse il diagnosticarne la presenza, facilissima ne sarebbe stata l'asportazione per la via del retto intestino.

Ma tutte le notate alterazioni, la dilatazione del retto, l' ipertrofia della vessica, l'atrofia dei reni, lo stato tubercolare del testicolo, sono probabilmente i resultati di una causa sola, del ristringimento, cioè, del canale dell' uretra.

MALATTIE DELL' UTERO

Cancro.

(Tavola II.)

L' importanza del soggetto, la necessità di moltiplicar le prove per stabilire questa verità, che *la sede del cancro esiste nelle vene*, giustificheranno bastantemente l'utilità di questa tavola, non ostante la molta analogia che essa presenta colla tavola III del fascicolo 45.

Spiegazione delle figure.

Le figg. 1 e 2 rappresentano due casi differenti. La fig. 1 rappresenta, di profilo e visti dalla loro superficie esterna, la vessica e l' utero di una donna morta con tutti i sintomi di un cancro uterino. In questa figura manca affatto l'intestino retto, essendo stato asportato, perchè perfettamente sano e libero da qualunque aderenza. Il tessuto areolare che trovasi ai lati della vessica altro non è che il vasto plesso venoso di detta regione; molte delle vene che lo costituiscono furono da me vuotate dall'umore canceroso che le riempiva V V; le altre veggonsi ancora distese dalla presenza di detto umore, il quale ritiene la consistenza e l' aspetto del sevo rammollito o della sungia di majale. La superficie esterna dell' utero spogliata della sua membrana peritoneale presenta marcatissimo l'aspetto di un tessuto celluloso. La sezione di questo tessuto offerto dalla fig. 2, mostra, che ciascuna cellula è ripiena di umor can-

ceroso, il quale ne sorte per la pressione, sotto forma vermicolare. Sbarazzato dall' umor canceroso per mezzo di un getto d'acqua, questo tessuto uterino vien perfettamente reso dalla fig. 3.

— L' ovaja O e la tromba uterina sinistre T S mostransi applicate e sono aderenti ai lati dell'utero.

La fig. 2 presenta una sezione dell' utero, della vessica e del retto appartenenti a un' altra donna morta egualmente con tutti i sintomi del cancro uterino. L' utero è quivi intieramente trasformato in un tessuto spungioso, le di cui cellule sono del pari ripiene di umor canceroso. Nel centro esiste un' escara E S C.

L' alterazione limitasi esattamente al muso di tinca, nè punto vi partecipa la vagina, cosa d' altronde assai rara; la vessica è sensibilmente ipertrofizzata e aderente all'utero, ma essa pure in stato di normalità. Il retto, aderente in tutta la sua estensione alla faccia posteriore dell' utero, riflettesi, in qualche modo, sul fondo di questo viscere, col quale mostrasi intimamente unito, per andar poi ad applicarsi sulla parte superiore della vessica.

L' uretere, la pelvi ed i calici renali erano dilatatissimi, il rene atrofizzato. Completamente obliterata mostravasi la parte inferiore dell' uretere.

La fig. 3 rappresenta un frammento del tessuto dell' utero sgombro affatto dall' umor canceroso che lo riempiva. Vi si osserva perfettamente la disposizione spungiosa del tessuto uterino, l' ineguaglianza di capacità delle cellule e la loro scambievole comunicazione; nei punti meno alterati scorgevasi ancora il tessuto proprio dell' utero, le di cui fibre erano rimaste disgregate in forza dell'ampiezza delle cellule; nei punti poi maggiormente presi dalla alterazione il tessuto uterino era affatto scomparso, perchè rimasto atrofizzato, e quivi la sezione dell' utero offriva esattamente l' aspetto di quella delle ossa cancerose quale noi la dimostrammo con figure nei precedenti fascicoli. Fi-

nalmente la comunicazione delle cellule del tessuto anormale colle vene libere le quali mostravansi egualmente ripiene di umor canceroso, mettea fuor di dubbio la esistenza di detto umore nel sistema capillare venoso.

Riflessioni. — La forma del cancro nella quale l'utero vedesi trasformato in un tessuto spungioso, da cui puossi ottenere per espressione, sotto forma vermicolare, un umor canceroso più o meno consistente, in modo che questo tessuto stesso sgombrato che sia dall' umore che lo compenetrava, rappresenti una specie di feltro o un tessuto areolare cavernoso, questa forma, io dico, a cui potrebbe assegnarsi il nome *di cancro poltaceo areolare* è, senza dubbio, la più frequente a riscontrarsi. Ora, la più perfetta identità di aspetto esiste fra la trama areolare di questo tessuto canceroso sgombro dall'umore che lo infiltrava, ed il tessuto erettile, ciò che, a vero dire, non è a sorprendere, avvegnachè il tessuto erettile accidentale altro non sia che uno sviluppo del tessuto capillare venoso; anzi non solo identità d' aspetto, ma una completa affinità, credo ammetter si debba tra il tessuto erettile e il tessuto canceroso; la quale affinità di natura, se così posso esprimermi, rendesi talvolta manifesta su di uno e medesimo organo.

Rammenterommi sempre del caso da me osservato di un fegato sparso di considerevoli masse cancerose, una delle quali continuavasi con altra massa non meno considerevole di tessuto erettile; avendo sottoposto il viscere alla macerazione in modo, che il sangue da una parte e l' umor canceroso dall'altra fossero completamente evacuati, riuscimmi impossibile lo stabilire il limite tra il tessuto erettile ed il tessuto canceroso. Solo una differenza resultava dallo aversi un poco più di fragilità o minor forza di coesione nella parte del tessuto areolare che avea appartenuto al cancro, di quello che fosse in quella parte che al tessuto erettile spettava.

Si ha poi altro argomento di analogia tra il tessuto canceroso ed il tessuto erettile, nella facoltà che detti tessuti ritengono di estendersi in un modo illimitato a tutti gli organi, indipendentemente, cioè, dalla loro natura e dalla trasformazione di questi organi in un tessuto identicamente lo stesso.

È per me dunque una verità acquistata alla scienza, che il *cancro ha la sua sede immediata nel sistema venoso*: nè posso a meno di presentar qui il problema, se il sistema linfatico, di cui la flogosi così facile a susseguire al parto, fu ben di sovente confusa colla flogosi delle vene, e la di cui struttura ha con quella delle vene sì marcata analogia, divida con queste ultime il tristo privilegio di farsi sede immediata del cancro; su di che senza volere io pronunziarmi perentoriamente, affaccerò soltanto, come semplice presunzione per l'affermativa, il fatto del facile propagarsi della degenerazione cancerosa a quelle glandule linfatiche che sono in comunicazione cogli organi primitivamente attaccati.

Quindi, all'oggetto di ottenere un qualche positivo resultato nel combattuto argomento, davami io indefessamente, nelle numerose necroscopie delle donne mancate per cancro uterino, a ripetuti esami del sistema linfatico, ed ecco quali erano i resultati a cui portava questa mia osservazione. Nel cancro dell' utero quasi sempre attaccato dalla malattia riscontransi le glandule della pelvi, e tra queste due segnatamente, situate, una a destra, l' altra a sinistra sulle parti laterali del bacino, corrispondentemente alla parte la più elevata della smangiatura ischiatica, e che sono anzi spesso le sole degenerate; le glandule lombari partecipano assai più raramente della degenerazione, di quello che facciano le glandule della pelvi, le quali mostransi, soventi volte, voluminose e rosse senza punto offrire le tracce della cancerosa alterazione. Le glandule inguinali non si fan cancerose se non che ove la degenerazione attacchi le

parti genitali esterne o l' orifizio della vagina. Ma in questa simultanea esistenza di analoga alterazione tra gli organi e le glandule corrispondenti, non poco ne sorprende, che niuna alterazione facciasi patente in quel sistema che è nesso unico tra i primi e le seconde dir voglio del sistema linfatico. Una volta soltanto occorsemi di riscontrare nel canal toracico una quantità di suco canceroso; ed altra volta lo rinvenni in un gran numero di vasi linfatici i quali comunicavano con delle glandule degenerate. Ecco la descrizione di ambedue questi casi.

Cancro areolare poltaceo dell' utero e della vagina. — Abbondante quantità di suco canceroso, il quale esiste pure nel canal toracico e nei vasi linfatici che ad esso direttamente rimettono.

Una vecchia donna vien trasportata moribonda alla Salpêtrière. Metrorragia; polso esilissimo; estremo deperimento, a cui avean tratto l'ammalata le numerose e abbondanti perdite, dalle quali veniva essa afflitta fino da molto tempo; Questa donna sopravvive pochi momenti dopo il suo ingresso nello spedale. Alla necroscopia, il corpo dell'utero mostravasi trasformato in un sacco a pareti sottili, flessibili, e la di cui interna superficie era mammellonata. Il collo del viscere vedevasi degenerato in un tessuto areolare biancastro, infiltrato, come una spugna, da rimarchevole quantità di umor canceroso che sgorgava da tutte le parti, previa la più leggiera pressione. La degenerazione limitavasi esattamente al corpo dell' utero, e solo dal lato della vagina estendevasi ai tre quarti superiori della parete anteriore e alla metà superiore della parete posteriore di questo canale. L' alterazione avea pure attaccato il basso-fondo della vessica. Il retto ne era andato immune.

Il canal toracico conteneva rimarchevole quantità di umor canceroso, il quale, raccolto in molti vasi linfatici

collaterali, gli distendeva notabilmente formandovi, in più punti, come tanti fuocolari.

Cancro dell' utero, della vessica e della maggior parte delle glandule linfatiche abdominali e succlavicolari. — Vasi linfatici cancerosi.

Il 2 agosto 1835, la Delacour, in età di 45 anni si trasferisce alla infermeria della Salpêtrière e vien collocata nella sala S. Paolo N.° 6, — Tumore del volume di un uovo di tacchina nella regione triangolare al di sopra la clavicola. — Malattia di utero che avea incominciato fino da dieci mesi addietro, con un flusso di sangue, a cui, dopo qualche tempo, era succeduto un flusso bianco. Tutta la parete anteriore della vagina ed il muso di tinca sono induriti; la parete posteriore di detto canale è in un perfetto stato d' integrità. — Questa donna era madre di un solo figlio, di 14 anni. Consecutivamente al parto erasi presentato alla glandula mammaria sinistra un tumore, che fu in seguito estirpato; al di sotto la cicatrice tuttora esistente, riscontrasi altro tumore profondo, presentante una oscura fluttuazione, il quale da me caratterizzato, di primo tratto, come di natura cancerosa, altro non era che un ascesso saccato.

In progresso, il tumore al di sopra della clavicola presentò un rapido aumento e divenne fluttuante; di color violetto fecesi la pelle che lo ricopriva, e quasi lo si sarebbe detto un ascesso prossimo ad aprirsi; ma non ostante tali apparenze e quantunque assai remoto fosse il rapporto tra un tumore al di sopra la clavicola ed un cancro uterino, pure, e la esistenza ben constatata di quest'ultimo, e dirò puranco il carattere stesso del tumore, anzi che portarmi alla prima idea, fecermi ammettere in esso la natura cancerosa: nè il fatto smentiva questo mio supposto,

chè il tumore grado a grado erodevasi e non vuotavasi, intanto che il malato ridotto al più completo marasmo, mancava alla vita.

Necroscopia. — Il tumore della regione sopra-clavicolare era di natura cancerosa e resultava da un tessuto spungioso ripieno di suco canceroso, che ne sgorgava come da una spugna; il suo aspetto violaceo teneva ad una rete venosa considerevole, sviluppata sotto la pelle estremamente assottigliata e trasparente.

Un gran numero di glandule cancerose, ma di picciol volume, esisteva corrispondentemente alla faccia posteriore della clavicola. Riscontravansene poi lungo la vena giugulare interna, da un lato, e lungo il tronco venoso brachio-cefalico, dall'altro; ai quali vasi aderivano, esercitandovi tal compressione da ristringerne il lume e impedire così, più o meno, il ritorno del sangue; tutte queste glandule abbenchè durissime erano rimaste compenetrate dal suco canceroso.

Continuando a studiare questa regione sopra-clavicolare, mi si appresentavano, in aggiunta al tumore già descritto, moltissime granulazioni miliari, durissime, disposte come in tante file regolari, approfondantisi nella sostanza del muscolo trapezio, e le quali, per me d' incerta natura in principio, mostraronsi poi palesemente resultare da del suco canceroso concreto deposto, di distanza in distanza, e forse corrispondentemente a ciascuna delle paja di valvule situate lungo il tragitto dei vasi linfatici.

Il canal toracico avea acquistato un volume considerevole dovuto ad una linfa, di un color rosa chiaro, nè conteneva la più piccola quantità di umor canceroso. In basso, aderiva a delle glandule cancerose che lo comprimevano; in alto, mostravasi ristretto per delle glandule degenerate, che esso traversava nell' andare ad aprirsi nelle vene giugulari.

Le glandule esistenti lungo il tratto lombare della co-

lonna vertebrale erano voluminose, aderenti tra la loro, in modo da costituire come un grosso cordone non interrotto, nel centro del quale vedevansi l' aorta e la vena cava inferiore le quali restavano da esso compresse, senza però che la circolazione ne rimanesse disturbata. Questo cordone estendevasi, in basso, lungo le vene iliache interne fino nel bacino.

Le glandule mesenteriche, e soprattutto quelle verso la base del mesenterio, erano voluminosissime, e in esse andavano a terminare molti vasi linfatici visibili, senza che fossero distesi da injezione, e che presentavano, di tratto in tratto, delle nodosità costituite da dell' umor canceroso concreto.

Le glandule lungo l' arteria splenica erano piccole, e come tutte le altre, compenetrate dall' umor canceroso.

Rimarchevole poi era l' alterazione dell'utero: un poco più voluminoso dell'ordinario quest'organo presentava, nella sua sezione, l' aspetto fibroso come nello stato naturale, mentre la compressione ne facea sgorgare come da una spugna l' umor canceroso, che vedevasi aver compenetrato tanto il corpo che il collo del viscere. Era questo il cancro poltaceo areolare al primo grado. Secondo la mia maniera di vedere l' umor canceroso risiedeva in tutto il sistema venoso uterino, senza però che i vasi ne fossero da esso distesi, e in modo che il tessuto dell' utero intermedio restasse atrofizzato o alterato in conto alcuno. Il muso di tinca era stato rimpiazzato da una piccola vegetazione fungosa.

La vessica presentava sulla sua interna superficie una quantità di prominenze o tubercoli sviluppati nel tessuto cellulare sub-muccoso. Questi tubercoli, di natura cancerosa, erano affatto indipendenti dal cancro dell' utero, occupando essi tanto la faccia anteriore che la faccia posteriore della vessica, non meno che la sommità e il bassofondo di quest' organo. Il polmone sinistro presentava nella sua parte superiore delle aderenze e una quantità rimar-

chevole di tubercoli; il destro era sede di una pneumonite edematosa.

In questa osservazione, nella quale tra la degenerazione cancerosa dell'utero e quella del sistema linfatico, altro rapporto non esisteva che quello di una semplice coincidenza, senza se ne mostrasse alcuno diretto o di assoluta dipendenza, in questa osservazione, io dico, si ha pure pienamente constatato il fatto: che i vasi linfatici sono suscettibili, al pari delle glandule, della cancerosa degenerazione; che se nel caso riportato avanti al testè descritto, ritener doveasi, che solo per esservi stato trasportato dall'assorbimento stanziava l'umor canceroso nel canal toracico e nei vasi linfatici collaterali, non così era a conghietturarsi nel caso ultimamente narrato, nel quale se un ostacolo meccanico avea potuto trattener la linfa nel canal toracico, che per essa mostravasi sommamente dilatato, a più forte ragione avrebbe questo ostacolo intercettato il passaggio all'umor canceroso, ove questo umore fosse stato riassorbito.

In quanto poi alla indipendenza di alterazione tra le glandule ed i vasi linfatici, sia ciò tanto nella suppurazione, come nei tubercoli e nel cancro, è questo un fatto sommamente rimarchevole, provando da per se solo, esistere nelle glandule qualche altro sistema piuttosto che quello dei vasi linfatici; e questo particolar sistema altro non essere che un sistema capillare venoso estremamente ricco, sistema capillare che, a quello io ne penso, costituisce la sede o l'organo di formazione del pus, dei tubercoli e del cancro di queste glandule.

Io vidi, non ha guari, nei teatri anatomici della Facoltà, tutte le glandule inguinali ed assilari di un giovine, trasformate in tante enormi masse lobulari, le quali altro non erano che le glandule stesse divenute cancerose. Di fronte a sì esteso guasto di questo organo non rinvenivasi la benchè minima alterazione nei corrispondenti vasi linfatici.

Nella fig. 2 si ha luminoso esempio di dilatazione del-

l' uretere coll' atrofia del rene corrispondente. Frattanto i rapporti dell' uretere colla parte laterale e superiore della vagina e col basso fondo della vessica, che trovasi frequentemente alterato nel cancro uterino, spiegano la difficoltà del passaggio delle orine a traverso gli ureteri, la di cui sezione inferiore viene spesso avviluppata e compressa dalle masse cancerose; la qual compressione può giunger tant' oltre da indurre perfino la perfetta detta obliterazione del canale; ed in questo caso, mentre la teoria sembrerebbe preconizzare le più funeste resultanze, la pratica osservazione ne mostra invece, che la completa obliterazione dell' uretere non è foriera di sconcerto alcuno; fatto veramente singolare, e di cui davami io la spiegazione seguente: l' orina trattenendosi nell' uretere, lo dilata e lo allunga, per modo che questo canale diviene flessuoso o a spirale, alla maniera stessa delle vene varicose; quindi, dal canto loro, la pelvi ed i calici del rene si dilatano essi pure fino al punto da acquistare una capacità considerevolissima. Il rene compresso dall' orina ammalata nei calici dilatati si atrofizza gradatamente e convertesi in una specie di guscio di un color giallo pallido che ha grandissima analogia col colore proprio di quella speciale alterazione dei reni distinta in questi ultimi tempi col nome di malattia di Bright; e questa atrofia può protrarsi tant' oltre, che o nulla sia la secrezione dell' orina o così facciasi poco abbondante, che il solo assorbimento possa bastare a sbarazzarne il viscere.

Ora, avvicinando questo fatto della ritensione completa dell' orina negli ureteri ai casi da me osservati di completa ritensione di bile negl' itterici per la occlusione, sia del canale epatico, sia del coledoco presso la sua imboccatura nel duodeno, e nei quali il fegato mostravasi ridotto alla quarta parte del suo volume, domandavami se la stessa teoria che io trovava applicabile per il rene potea del pari applicarsi al fegato. Non ha dubbio, che la

ritensione della bile nel dutto coledoco o nel dutto epatico non abbia per resultato una considerevole dilatazione di tutte le ramificazioni dei dutti epatici; di più, in simili casi, la sostanza del fegato diviene compattissima, di un color verde oliva, mentre piccolissimi si fanno gli acini glandulari ed atrofici per la compressione su di essi esercitata dalle radichette biliari dilatate, per il che deggiono essi necessariamente segregare sì piccola quantità di bile, che l' assorbimento solo servir può a sbarazzare la economia dai materiali sovrabbondanti. In alcuni casi di questo genere, i canali biliari mi si presentarono così dilatati, che il fegato sembrava trasformato in un sistema di canali ramificati avente delle pareti parenchimatose costituite dal tessuto del fegato indurito.

La stessa teoria applicasi pure al pancreas, il di cui dutto escretore rinvenni, più volte, obliterato, senza che alcun disturbo si affacciasse in qualunque parte dell' animale economia.

Tutte le glandule sono dunque suscettibili di atrofia, consecutiva alla ritensione del liquido che esse separano, non meno che alla compressione esercitata dalla presenza del liquido stesso sugli acini glandulari. Sarebbe ora assai interessante il poter giungere a conoscere per quali vie supplementarie sbarazzerebbesi la economia dai materiali che costituiscono l' orina, ove i due ureteri trovassersi contemporaneamente obliterati, e se la vita sarebbe lungo tempo compatibile colla completa assenza delle orinarie escrezioni. — Su di che non volendo io pronunziarmi in modo alcuno, dirò soltanto della completa ritensione della bile, che la economia può fare a meno, per il corso ancora di molti mesi, della escrezione di questo liquido, avvegnachè tutti i tessuti vengano allora ad essere in qualche modo impregnati dai materiali biliari, i quali, portati per l' assorbimento nel torrente circolatorio, vengon poi eliminati dalla macchina e per le vie orinarie e per la traspirazione cutanea.

MALATTIE DELLA MAMMELLA

(Tavola III.)

Cancro duro, atrofico delle mammelle.— Tubercoli cancerosi miliari e pisiformi, cutanei, succutanei, muscolari. — Placche cirrose della pleura.

Desmoulins (*Marianne*), di 83 anni, marcatamente rachitica negli arti inferiori, nubile, vien tradotta alla Salpêtrière nello stato seguente: (vedete fig. 1.)

Mammella destra deforme, bernoccoluta, di una durezza come lapidea, erosa nel centro, ove riscontransi delle specie di screpolature.

Mammella sinistra rimpiazzata da delle piccole masse agglomerate, durissime. In luogo del capezzolo, un tumore canceroso, di color rosso, meno duro delle parti vicine. Da ambedue i lati del petto, masse tubercolari estese lungo il bordo inferiore del gran pettorale, dalla mammella fino al cavo dell' ascella, che mostrasi ripieno da glandule estremamente dure. L' arto superiore destro è sede di un edema duro, di un aspetto come di elefantiasis, edema che si estende pure alla parte laterale del tronco.

Una quantità di tubercoli miliari, pisiformi, occupavano la pelle ed il tessuto cellulare succutaneo, e al di sotto della clavicola destra esisteva una glandula del volume di un ovo di gallina, estremamente duro. I dolori non erano intensissimi, e l' ammalata gli paragonava come

a degli spasmi, a delle punture, a delle oscillazioni (erano queste le stesse sue espressioni). Dai commemorativi poi resultava: avere incominciato la malattia fino da quattro anni avanti, alla mammella destra, attaccando prima il capezzolo, ed estendendosi successivamente a tutto il corpo dell' organo; quindi, dopo molto tempo, aver partecipato alla degenerazione anche la mammella sinistra; finalmente rimontare ad un' epoca molto recente la comparsa dei tumori assillari e succutanei.

Frattanto lo stato generale della ammalata era eccellente; non di altro essa lagnavasi che dell' arto superiore destro, il quale era sede di un edema duro, e che faceasi spesso doloroso pel sopraggiungere di una eresipela, la quale apportava un poco più di tumefazione e di durezza nell'arto edematoso, il di cui aspetto a rughe profondamente impresse, doveasi evidentemente alla cedevolezza della pelle maggiore nei punti da cui sorgevano i peli, di quello che nelle parti circumstanti; dal che ne avveniva, che ciascun pelo vedeasi andare ad impiantarsi nel centro di una specie di calicetto, la di cui profondità aumentava a misura che sopraggiungeva una nuova eresipela.

L' ammalata, che erasi costituita allo spedale nel mese di settembre 1836, cominciò a deperire sul finir dell' ottobre e il 12 novembre cessò di vivere. Il più attento esame nell' andamento della malattia non mi permise mai di constatare alcuna di quelle lesioni intercorrenti che tanto spesso precipitano il fine di quegli individui, attaccati da cancro della mammella. Il fegato non avea sorpassato il bordo delle coste; niun versamento erasi manifestato nel petto.

Necroscopia. — Indipendentemente dalla lesione della mammella, che sarà soggetto di una descrizione dettagliata, riscontrai *la pleura costale del lato destro* sparsa di macchie bianche, circolari, il di cui aspetto era analogo a quello di tante gocce di cera addensate. — Niuna ben-

chè piccola traccia di stravaso mostravasi nella cavità della pleura, e l' alterazione di questa membrana sembrava non essersi effettuata per continuità di tessuto, poichè i muscoli intercostali e le coste mostravansi nel più perfetto stato d' integrità.

Sorprendevami intanto il volume del ginocchio destro, ove aperta la sinoviale, la trovai ripiena di un pus vischioso, di cattivo odore, mentre intieramente distrutte mostravansi le cartilagini articolari. Nella esistenza di sì gravi lesioni, ne facea non poco maravigliati, come l' ammalata non fossesi lagnata di alcun dolore al ginocchio.

La fig. 1 che rappresenta la regione anteriore del torace, può servir di tipo per i tubercoli cancerosi della pelle. Ve ne ha infatti e dei miliari che rendonsi apprezzabili piuttosto al tatto che alla vista, e dei pisiformi ed altri del volume di una ciliegia ec.; come lapidea è la loro durezza; i più piccoli sporgono soltanto sulla superficie esterna della pelle, i più grossi si fan prominenti, al tempo stesso, e sulla faccia profonda e sulla faccia superficiale; dal che resulta, aver cominciato l' alterazione dagli strati cutanei superficiali. Oltre ai tubercoli esistenti nella grossezza del tessuto dermoide, altri ancora presentavansene nel tessuto cellulare succutaneo. La fig. 1 ne mostra un certo numero al di sopra le fibre del gran pettorale e avanti a quelle del grande obliquo dell' addome.

Dal lato sinistro il cancro mammario occupava la pelle, il tessuto cellulare succutaneo e la glandula mammaria. Il gran pettorale ne andava affatto esente.

Dal lato destro, in cui la degenerazione era molto più avanzata, la pelle, il tessuto adiposo succutaneo, la glandula mammaria, gli strati adiacenti del gran pettorale mostravansi trasformati in un tessuto eccessivamente duro, grigiastro, semi-trasparente, d' apparenza lardacea, come marmorizzato per tante strie bianco-giallastre, le quali altro non erano che dei vasi arteriosi rimasti intatti.

La fig. 2 rappresenta la sezione della mammella destra e quella del gran pettorale; vi si osserva: 1.° la disposizione dei tubercoli cutanei e di quelli succutanei T C; T C; 2.° i tubercoli del gran pettorale, i quali sono olivari, d' inegual volume, disposti linearmente, e sembrano essere il resultato della trasformazione delle fibre del gran pettorale stesso.

Il qual muscolo avea pure, corrispondentemente alla glandula mammaria, partecipato alla degenerazione, tanto che malagevole stato sarebbe il distinguere nel tumore, ciò che avea appartenuto a questo muscolo, da ciò che colla glandula mammaria aveva rapporto.

Era dunque il gran pettorale attaccato in due maniere; 1.° per continuità di tessuto; 2.° per una specie d'infezione, ben distinta dalla degenerazione per continuità di tessuto. Mediante una accurata dissezione potei separare nel tumore mammario destro ciò che apparteneva alla pelle da ciò che aspettava alla glandula mammaria, e isolare dal gran pettorale la glandula degenerata. Questa separazione però stata sarebbe impossibile ad eseguirsi su tutti i punti, avvegnachè sia proprio delle degenerazioni cancerose lo aversi confusi ed assimilati in un solo e medesimo tessuto morboso i tessuti i più eterogenei. Malgrado la durezza lapidea di questo tumor canceroso, io ne potei far sgorgare, previa una forte pressione, dell' umor canceroso e sieroso.

Tutti gli altri organi erano in perfetto stato d'integrità.

Riflessioni. — Questa osservazione portavami alle seguenti considerazioni.

L' età avanzata dell' ammalata: sembra che il cancro della glandula mammaria, non meno che quello dell'utero, appartengano all' età critica, o meglio a quel periodo della vita della donna compreso fra i trenta ed i cinquanta anni; e ciò è vero in generale; ma quante mai

eccezioni a questa regola; infatti, relativamente al cancro dell'utero, mentre esso mi si offerse in una prostituta di 21 anno, che morì vittima di questa malattia, lo potei pure osservare in una signora di 84 anni, sulla quale fui consultato, e che, in seguito a delle perdite uterine, era andata soggetta ad uno scolo sanioso; esplorata col tatto questa donna potei constatare il cancro del collo dell'utero, al quale l' ammalata non tardò gran pezza a soccombere. Di 83 anni era la donna che forma il soggetto del sunnarrato caso, e la malattia sembrava rimontasse, tutt' al più, a 4 anni addietro.

Altri due casi di cancro mammario presentavansi alla mia osservazione, uno risguardante una donna di 82 anni, l' altro un' altra donna di 85; cosicchè per questa loro frequenza mal si direbbero casi eccezionali. (*)

Il cancro mammario della donna degli 85 anni, fu da me distinto col titolo di *cancro cronico atrofico.* Secondo il deposto della ammalata, esso esisteva fino da 30 anni, senza cagionare dolore di sorta. La mammella mostravasi ridotta a un piccolo tumore assai circoscritto, molto isolato, molto mobile, prominente alla guisa di un grosso capezzolo, affatto indolente: una piccola erosione superficialissima, che pareva più il resultato di una qualche meccanica lesione, di quello che un vero processo morboso, somministrava una certa quantità di sangue; dei piccoli tubercoli carcinomatosi esistevano lungo il bordo inferiore del gran pettorale e nel cavo dell' ascella.

L' ammalata appena avea incominciato a presentare un qualche grado di deperimento nel suo universale, che tutt' in un tempo, la sua respirazione si fece frequente; il polso divenne un poco accelerato, e dopo pochi giorni sopraggiunse la morte.

(*) Nelle scienze naturali non vi han casi eccezionali: in esse i casi eccezionali son governati da leggi altrettanto positive, quanto sono positive quelle che costituiscono le regole nelle idee generalmente accettate.

Alla Necroscopia: pleuritide pseudo-membranosa corrispondentemente alla parte posteriore del polmone destro, congiunta a un edema molto avanzato.

La glandula mammaria era degenerata in un tessuto d' aspetto lardaceo, sparso di punti giallastri, i quali altro non erano che le arterie, i di cui orifizj aperti mostravano chiaramente la permeabilità vascolare. Previa la compressione, questo tessuto, che avea una consistenza lapidea, lasciava fluire dell' umor canceroso soltanto dal suo strato più profondo.

I tubercoli carcinomatosi che risiedevano presso il gran pettorale, abbenchè eccessivamente duri, pur nonostante mostravansi compenetrati di umor canceroso; lo stesso era di quelli esistenti nel cavo dell' ascella, molti dei quali esercitavano una compressione sul nervo mediano.

Tutti gli altri organi erano in perfetto stato d' integrità.

2.° *Forma del cancro.* — La forma dura e atrofica del cancro è ella propria delle persone di avanzata età? Il fatto che precede, e quello cui spetta la tav. III sembrerebbero deporre per l' affermativa; ed il fatto non ha guari da me osservato, e che io passo a descrivere qui sotto, porta a stabilire, che anche la forma encefaloide la più acuta, se così posso esprimermi, quella nella quale il cancro presenta abbondantissimo l' umor canceroso, può svilupparsi in una donna della più avanzata età.

Una donna di 82 anni, portava alla mammella sinistra un tumore del volume del pugno, il quale presentava tutti i caratteri del cancro il più acuto, il più doloroso. Questa donna mancò alla vita per una malattia del tutto estranea al cancro, cioè per una pneumonia senile. Alla necroscopia, trovai che il tumore veniva costituito da una sostanza di un aspetto come di un loto rossastro, e da un umor canceroso, che sotto la pressione vedevasi fluire come l' acqua da una spugna. Questa sostanza mostravasi con-

tenuta in delle specie di cellule fibrose, alcune delle quali erano tappezzate da delle membrane vascolari, presentanti in alcuni punti, delle concrezioni sanguigne, in altri, delle dilatazioni o varici; e tutti i vasi di nuova formazione che costituivano dette membrane ritenevano l'apparenza venosa.

Inoltre, la nominata sostanza rossastra presentava con la maggiore esattezza l'aspetto del cervello di un feto: si vedevano in alcuni punti, dei fuocolari di puro sangue, alla maniera dei fuocolari apoplettici; altrove presentavasi come una poltiglia sanguinolenta. In quasi la sua totalità questo tumore aveva l' aspetto del cervello percorso da dei vasi venosi sviluppatissimi. La glandula mammaria era perfettamente sana, e solo vedevasi essere stata respinta sul lato esterno del tumore.

Come un contrapposto a questo caso di cancro acuto con sovrabbondanza di umori cancerosi, riporterò qui altro caso risguardante una donna di 50 anni circa, la quale ne offerse tutti i caratteri di un cancro mammario duro, atrofico.

Portava questa donna alla mammella sinistra un cancro duro, atrofico, proveniente da un calcio di cavallo ricevuto nel petto. Nel centro esisteva una depressione o escavazione triangolare con la contrazione delle parti vicine, molto somigliante alla depressione che resulta dalla cicatrizzazione di una ferita profonda. Una sottil pellicola ricopriva la perdita di sostanza, che solo da alcuni punti molto distanti, lasciava fluire un umor sieroso.

L' ammalata, che d' altronde godeva della più perfetta salute, fu sorpresa da moto febrile con vomito e deperimento generale di macchina, del che avendo io ricercata la causa colla esplorazione la più attenta degli organi contenuti nelle cavità toracica e addominale, veniva nel sospetto, sia dello sviluppo di un cancro interno, sia di una flogosi latente o cronica , o di ambedue le alterazioni riunite. Intanto l' ammalata mancava alla vita, senza che al-

con dolore o qualunque siasi lesione speciale di funzioni ne avessero portato un qualche lume sul diagnostico.

Alla necroscopia riscontravasi: peritonite granulosa senza versamento in cavità; granulazioni fitte e semi-trasparenti; di un color lavagna quella porzione di peritoneo che riveste gl' intestini; raggrinzamento del grande epiploon e del mesenterio; globuli adiposi induriti, che facevano marcato contrasto colle granulazioni. L'origine di questa peritonite granulosa senza versamento e senza adesioni, mostravasi manifesta in un cancro del grosso intestino, risiedente presso i limiti tra il ceco ed il colon, e aderente a un'ansa degl' intestini tenui. Questo cancro, che occupava la metà sinistra della circonferenza del colon, presentava una fungosità prominente nella cavità di questo intestino e perforata nel suo centro, per comunicare coll' intestino tenue. Un fuocolare cangrenoso aperto nell' arco del colon vedevasi tra quest'arco, tra il pancreas e tra il duodeno; il qual fuocolare veniva costituito dagli avanzi di altro cancro dell' arco del colon, caduto in cangrena.

E procedendo allo studio del tumore mammario che presentava, in questo soggetto, il tipo di cancro duro, atrofico, dirò come, previa una sezione perpendicolare, potessi io constatare la seguente disposizione di parti: la pelle, il tessuto cellulare succutaneo, la glandula mammaria, le fibre adjacenti del gran pettorale mostravansi trasformate in un tessuto di una durezza lapidea, da cui non fummi dato di ottenere nemmeno una goccia di liquido. Quindi l' atrofia era tale che la grossezza la più considerevole del tumore formato da tutte queste parti degenerate, non era che di sole 6 linee. Poteasi in questo tumore agevolmente distinguere ciò che apparteneva alla pelle da ciò che spettava al tessuto adiposo, e quest'ultimo dalla glandula mammaria; sommamente ingrossata e sommamente compatta mostravasi la cute nel centro del tumore, di cui costituiva essa quasi la metà del volume, e andava poi progressiva-

mente assottigliandosi verso la circonferenza di esso. Ai limiti dell' indurimento la pelle medesima presentava degl' ingrossamenti circoscritti, che le davano l' aspetto tubercolare, e queste specie di tubercoli sporgevano, ora dal lato della superficie libera, ora da quello della superficie profonda della pelle.

In questo caso abbiamo un tipo di cancro duro atrofico; le parti atrofizzate eransi trasformate in un tessuto compatto, bianco-grigiastro, omogeneo, intieramente sprovvisto di umor canceroso, tanto che, senza la coincidenza di questa alterazione mammaria con un cancro del colon, avrebbesi potuto dubitare del carattere canceroso della degenerazione mammaria.

3.° *Alterazione simultanea delle due mammelle.* — Non è raro a riscontrarsi il cancro duro atrofico delle due mammelle, e ordinariamente lo si osserva andar congiunto a dei tubercoli cutanei più o meno numerosi.

4.° *Forma tubercolosa del cancro* — Ripetutamente ed assiduamente studiata nei visceri, sia nel polmone, sia nel fegato, la forma tubercolosa del cancro, ben poco, fino ad ora, richiamò l'attenzione dei patologi, sviluppata nel tessuto cutaneo e nella sostanza dei muscoli. — Noi frattanto avvertiremo, che la presenza dei tubercoli alla pelle non suppone necessariamente la esistenza dei tubercoli in altri organi interni, nell' istesso modo che i tubercoli cancerosi del fegato ponno esistere indipendentemente da qualunque altra lesione; e ammetter si dee come fatto constatato, che la infezione cancerosa manifestasi in alcuni individui, per dei tubercoli epatici, polmonari; in altri, per dei tubercoli cutanei; e che nel più gran numero di casi, la malattia limitasi alle parti primitivamente attaccate: utero, mammelle ec. o anche estendesi nella loro atmosfera (glandule, linfatici, cute delle parti vicine). Sembra inoltre che la infezione concerosa abbia talora bisogno di depascere una parte qualunque, e che ove sia asportato l'organo che ne era

la sede, gettisi, depascendo più intensamente che pria, sopra altri organi più profondamente situati ed anche più importanti.

Ad appoggiar frattanto la proposizione: che i resultati della affezione cancerosa che sussegue al cancro mammario, ponno limitarsi unicamente alla pelle, io ricorderò qui il fatto di una donna di 59 anni, situata nella Sala S. Marta N.° 5 (Salpêtrière) la quale ne offerse un cancro ulcerato con raggrinzamento o atrofia delle due mammelle, con indurimento delle glandule assillari, con tubercoli cancerosi alla cute di tutte le parti vicine e fino posteriormente alla regione della scapola; oltre di che, cosa veramente straordinaria! erasi fatto canceroso un tratto di pelle decuticolato da un vessicante, che era in attività fino da molto tempo; enormemente infiltrato mostravasi l' arto superiore destro. A soli sei mesi addietro diceva l' ammalata poter far rimontare la origine della malattia, nel qual lasso di tempo essa aveva provato atroci dolori alla parte, a lenire i quali era usata a prendere 18 grani d' oppio il giorno. — Soccombè finalmente con febbre e con somma angustia di respiro. — Alla necroscopia trovai, con mia grande sorpresa, che tutti gli organi interni andavano esenti dal cancro. Riscontravasi una peritonite circoscritta alla regione del fegato e una pleurite diaframmatica dall' istesso lato; ambedue le quali infiammazioni erano pseudo-membranose senza che fossero accompagnate da versamento di sorta. Un tumore duro, che occupava la fossa iliaca destra all'ingresso del bacino e che, durante la vita dell' individuo, io avea creduto poter caratterizzare come di natura cancerosa, altro non era se non che una ciste pelosa a pareti ossee, formate a spese dell'ovaja.

I tubercoli cancerosi ponno svilupparsi in numero infinito tanto nei muscoli sottostanti, come in quelli circumstanti alla mammella. In una donna della Salpêtrière, la quale avea subìto la estirpazione della mammella col più

felice successo per quello fosse la operazione, io trovai delle migliaja di tubercoli nelle parti vicine alla cicatrice, la quale d' altronde mostravasi intatta, nei muscoli cioè deltoide, sopraspinoso, sottospinoso, e sotto-scapulare; questi tubercoli erano disposti regolarmente lungo le fibre muscolari, a spese delle quali sembrava fossero ingenerati; la qual disposizione costituisce il carattere generale dei tubercoli cancerosi dei muscoli i quali pure mostrano le specialità di essere oblonghi, come olivari, durissimi non somministrando sotto la pressione la più piccola quantità di liquido canceroso.

5.° *Placche cancerose della pleura.*—Le placche cancerose della pleura costituiscono uno dei resultati del cancro della mammella, che più degli altri richiama l' attenzione del patologo. Sviluppansi queste placche indipendentemente da qualunque continuità di tessuto tra il tessuto ammalato e la pleura. Le placche circolari, simili a delle gocce di cera addensate per raffreddamento, sono per la pleura ciò che sono i tubercoli per gli altri organi; come i tubercoli sono pure le placche un sintoma d' infezione cancerosa.

Le placche della pleura ponno tanto limitarsi alla pleura costale come estendersi, al tempo stesso, e alla pleura costale e alla pleura polmonare. I loro resultati, qualunque esser possa la loro origine, sono, ora l' idrotorace, ora una pleuritide acuta o cronica, abbenchè il caso rappresentato dalla tavola III di questo fascicolo, sia una prova di fatto, che queste placche ponno esistere per un certo tempo, senza trar seco alcun locale disturbo.

Nel caso che segue avremo un' idea del modo con che si formano queste placche cancerose della pleura.

In una donna, in età di 70 anni, dopo la estirpazione della mammella, formaronsi nella cicatrice risultante da detta estirpazione, due cancri nummulari, di una durezza lapidea, e ciascuno dei quali delle dimensioni di una moneta di 5 franchi; soltanto la pelle ed il tessuto cellulare

sottostante erano compresi da detti cancri, tanto che, coll' applicazione del cloruro di zinco, fatta precedere la svescicatura, furono completamente estirpati i due tumori, che vennero rimpiazzati da buona cicatrice. L'ammalata parve guarita; eccellente era lo stato dell'universale. Dopo qualche tempo comparvero due piccole masse cancerose, appianate in forma di pustola, ciascuna delle quali divenne sede di una ulcerazione indipendente, che fu trattata col carbonato di magnesia ed il cerato oppiato. — Lentamente progredirono queste due pustole, ed al termine di 18 mesi lo stato generale non era sensibilmente alterato. I due tumori eransi riuniti in un solo, di una durezza lapidea, dolentissimo, e presentante due ulcerazioni irregolari con bordi durissimi e tagliati perpendicolarmente.

Il 1.° decembre 1836, l' ammalata fu sorpresa da una eresipela con febbre, a cui successe l'oppressione delle forze e quindi la morte, nel 6 decembre.

Alla necroscopia, riscontrai la pleuritide pseudo-membranosa a destra, e la pericardite congiunta ad una pseudo-membrana sottilissima; le quali due infiammazioni non aveano offerto segno alcuno di loro esistenza durante la vita dell' individuo, poichè la febbre sopraggiunta negli ultimi giorni, poteasi sufficientemente spiegare per la esistenza della eresipela.

Il fegato era perfettamente sano, e soltanto dal lato della sua convessità presentava una ciste fibrosa, marcatamente sporgente sulla superficie del viscere e che racchiudeva una sostanza memmosa, che io potei constatare venir costituita dagli avanzi di acefalocisti.

Tolte le pseudo-membrane pleuritiche, riscontrai, tanto sulla pleura costale come sulla pleura polmonare a destra, molte placche opaline circolari a diversi gradi di sviluppo, osservandosene alcune come se fossero non altro che un leggiero spessimento della pleura, altre, come tante vere placche voluminose sporgenti dal lato della pleura stessa.

Tutte lasciavansi asportare insieme colla membrana sulla quale risiedevano, nè ve ne erano fra quelle corrispondenti al polmone, che si approfondassero nella sostanza del viscere, tanto che sarebbesi detto, a primo colpo d' occhio, che ciascuna di queste placche altro non fosse che un circoscritto ingrossamento cartilagineo della pleura.

La pleuritide era accompagnata da considerevole sviluppo vascolare, ed i vasi vedevansi divisi in 15 o 20 gruppi distinti, che ne imponevano per tanti piccoli apparati della vena porta, ciascuno dei quali veniva costituito da un vaso venoso centrale, da cui partivano, in sensi opposti, delle branche di rami e di ramoscelli.

In alcuni individui, l' infezione cancerosa, o il sangue canceroso, se è lecito servirsi di questa espressione, manifestasi unicamente per la recidiva del cancro sulla cicatrice, che succede alla operazione, o nelle parti circumstanti alla cicatrice stessa; in altri, manifestasi per dei cancri interni e nella cicatrice; ma le più spesse volte essa si fa patente per dei cancri interni e per dei cancri esterni al tempo stesso. Prima però di occuparci nella ricerca della causa di simili differenze, uopo si rende, a quello io ne penso, il riunire un numero tanto grande di fatti, da poterne dedurre delle conseguenze applicabili alle leggi, cui tien dietro l' infezione cancerosa.

La pleurite osservata nel caso precedente spiegasi per la presenza delle placche pleuritiche. Ma come rendersi conto della pericardite? E qual rapporto tra la pleurite e la pericardite da un lato, e la eresipela dall' altro?

In quanto poi all' idrotorace, è questo un resultato più frequente a riscontrarsi nella affezione cancerosa della pleura, di quello che nella pleuritide, come avrò luogo di mostrare in seguito con degli esempi.

6.° *Edema delle estremità superiori.* — L'edema delle estremità superiori nel cancro della mammella, è tanto frequente, quanto quello delle estremità inferiori nel cancro

dell' utero; e tanto nell' uno che nell' altro caso, l' edema tiene meno alla degenerazione delle glandule, di quello che alla obliterazione delle vene corrispondenti. Frattanto io non conosco complicanza più imbarazzante pel medico, e più dolorosa per l' ammalato, dell' edema degli arti superiori nei casi di cancro mammario. Ho attualmente sott'occhio un caso, nel quale, il peso dell'arto adematoso riesce tanto incomodo, che l' ammalata ha dovuto assoggettarsi, fino da circa 4 mesi a questa parte, a passare tutte le notti su di una sedia a braccioli, col gomito e coll'antibraccio appoggiati su di un guanciale situato sulle sue ginocchia. Inoltre, l'arto infiltrato è sede frequente di eresipele, ciascuna delle quali induce un aumento graduato nel volume e nella spessezza dell' arto medesimo. Invano furono praticate e frizioni ed unzioni di tutte le specie, tanto che, vinto dalle istanze della ammalata, io stesso ebbi ricorso alle scarificazioni, alle sanguisughe ed ai vessicatorj, e ciò, se non con successo, almeno con qualche sollievo.

L' arto ha finito col farsi elefantisiaco, sviluppate son divenute le papille cutanee, ed io non credo punto di esagerare asserendo, che il volume ed il peso dell'arto sonosi fatti quattro volte maggiori che dal lato sano.

Nei casi di questo genere, la necroscopia offre quasi tutte le vene superficiali e profonde dell' ascella obliterate per la infiammazione adesiva; le spesse volte, nel centro dei grumi sanguigni presentasi del pus concreto, che stabilisce la esistenza della flebite suppurativa, ma così limitata, che il pus non si è mai introdotto nel torrente circolatorio. E può dirsi in generale, che non havvi cosa più frequente, in questi casi, della flebite suppurativa circoscritta, come niente di più raro della flebite suppurativa diffusa, accompagnata dagli sconcerti proprj del riassorbimento purulento.

Fascicolo 53.

MALATTIE DELLE VENE.

Flebite.

La distinzione tra la flebite adesiva e la flebite suppurativa, di cui altrove occupavami con molto dettaglio (*); la mancanza di gravezza tanto nella flebite adesiva, come nella flebite suppurativa, quando il pus vien circoscritto per ogni lato, da delle aderenze o grumi otturatori, e viceversa; la estrema ed invincibil gravezza della malattia quando detto pus immisto al sangue va ad infettare tutta la economia; simili fatti sono a riguardarsi come veramente fondamentali nella osservazione pratica del genere di alterazione di che qui ci occupiamo.

Nella flebite adesiva e nella flebite suppurativa circoscritta, gli accidenti morbosi sono puramente locali, e resultano: 1.° dalla flogosi di una superficie cotanto sensibile quale è quella della membrana interna delle vene; 2.° dall' ostacolo meccanico che l' otturamento della vena o delle vene infiammate apporta alla circolazione tanto venosa che linfatica. Il dolore poi e la febbre riportansi alla flogosi; l'edema, all' ostacolo meccanico della circolazione.

Nella flebite suppurativa non circoscritta, gli sconcerti resultano dalla infezione del sangue: son questi dei fenomeni generali sommamente gravi, i quali emanano segna-

(*) Articolo *Flebite del Dizion. di medicina e chirurgia pratiche. T. XII, p.* 637.

tamente dal sistema nervoso. Il malato passa istantaneamente da uno stato che non inspirava alcuna inquietudine ad uno stato di stupore, di prostrazione, a cui succede in breve la morte, alla maniera stessa che si presenta a un animale, nelle vene del quale sia stata artificialmente injettata della materia purulenta. In mezzo a sconcerti generali così allarmanti, si taccion, per così dire, le flogosi locali che abbian potuto sopraggiungere negli organi i più riccamente provvisti di vasi capillari, come sarebbero: il fegato, i polmoni ec. Tutta la economia resta attaccata quasi di un sol colpo; tutti i capillari di tutti gli organi risentono l'azione del funesto veleno; e solo alcuni ne van meno attaccati perchè meno irritabili, altri ne ricevono piccola quantità, altri lo lasciano passare attraverso di essi, di modo tale che, un sangue infetto percorrer può un grandissimo numero di volte tutte le vie della circolazione arteriosa e venosa.

Ciò porta nel metodo di cura di simili lesioni, che il trattamento locale è il tutto nella flebite adesiva e nella suppurativa circoscritta, affatto nullo, nella flebite suppurativa non circoscritta; e ove si giunga in questo ultimo caso a ottener la guarigione, avverrà ciò unicamente se giungasi a sbarazzare la economia per un qualche emuntorio, dalle materie eterogenee che infettano il sangue, neutralizzandone, con dei rimedj interni, la loro azione deleteria, e soprattutto prevenendo la formazione di una nuova quantità di pus nella vena infiammata, centro da cui, come da un fuocolare, la materia purulenta spandesi incessantemente nella economia.

La flebite adesiva non passa ordinariamente allo stato di flebite suppurativa, o se ella vi passa, ciò accade unicamente in alcuni punti circoscritti, mentre che nella flebite purulenta propriamente detta, la formazione del pus presentasi come il primo fenomeno della malattia.

Dopo la flebite traumatica, che sussegue alle ferite ed

alle operazioni chirurgiche, la più frequente a riscontrarsi è la flebite degli arti inferiori, consecutiva alla flebite uterina ed a quella ipogastrica, la quale sopraggiunge in due circostanze ben distinte: 1.° cioè, dopo il parto; 2.°, nel caso di cancro uterino.

1.° *Flebite traumatica puerperale.* — Le circostanze che favoriscono lo sviluppo di questa flebite, ponno considerarsi le seguenti: l' utero, abbia esso subìto un parto naturale o laborioso, non ritorna così completamente sopra se stesso come nel modo ordinario; questo viscere fassi più o meno sensibile; il moto febrile detto *febbre del latte* non dissipasi intieramente, o sivvero, dopo aver cessato pel corso di due o tre giorni, risvegliasi con una intensità più o meno grande. E vi han dei malati nei quali non è coscienza di alcun dolore locale, ed il moto febrile è l'unica espressione dello stato morboso; mentre in altri esiste un dolore più o meno acuto agl' inguini o lungo il tragitto dei vasi crurali. In un grandissimo numero poi questo dolore presenta tutti i caratteri apparenti del dolore proprio di un reuma più o meno acuto, col quale infatti si è spesso potuto equivocare. In tutti i casi, si fa patente al tatto una corda dura, voluminosa, dolente, estesa dall'inguine al terzo inferiore della coscia, che cessa nel punto preciso, in cui i vasi femorali traversano il terzo adduttore, per ricomparire al cavo del poplite. Nel tempo stesso, l'arto si fa edematoso, e le gradazioni dell'edema sono l'espressione dei gradi di ostacolo apportati alla circolazione venosa. Questo edema doloroso delle donne in parto, presenta moltissime varietà. Quando la flebite occupa i tronchi venosi soltanto, il dolore è limitato al tragitto di questi vasi e l' edema allora è poco considerevole; al contrario, ove la flebite occupi i tronchi e le loro divisioni, allora il dolore e l' edema si estendono a tutto intiero l' arto.

Ecco frattanto la teoria della flebite degli arti infe-

riori che sussegue al parto. La flebite adesiva, conseguenza necessaria del parto, limitasi ordinariamente ai seni uterini circumposti alla inserzione della placenta; ma questa flebite, sotto la influenza di cause difficili a determinarsi, può diffondersi ad una più o meno estesa sezione del sistema uterino; di là nelle vene ipogastriche, e da queste, nella vena iliaca esterna, nella vena femorale, nella poplitea, e talvolta ancora nelle tibiali: spesse volte, la flebite osservando un moto di ascensione, propagasi alle vene iliache primitive e per esse alla vena cava inferiore. Convenientemente trattata questa flebite, che non è altro che l' edema doloroso delle donne in parto, terminasi generalmente con esito felice (*).

2.° *Flebite consecutiva al cancro uterino.* — La flebite degli arti inferiori è uno dei resultati i più frequenti del cancro uterino; nè ciò recar dee maraviglia, ove per poco si pensi, che in questa malattia, le vene uterine le quali serpeggiano sull' utero, il plesso venoso che circonda il collo, il basso fondo ed i lati della vessica, trovansi spesso ripieni di umor canceroso; che la presenza di questo umore diventa causa di flebite per le vene vicine, e che spesso, dalle vene ipogastriche la infiammazione propagasi alla vena iliaca esterna, e, da un lato, alla vena cava ascendente, dall' altro, alla vena femorale.

Del rimanente, questa flebite consecutiva al cancro uterino, come quella consecutiva al parto, annunziasi coll'edema, congiunto a dolore, lungo il tragitto dei grossi vasi, dolore la di cui intensità sta in rapporto alla estensione dell'otturamento dei vasi venosi, ed è, o circoscritto al solo tragitto dei tronchi venosi quando ad essi soltanto limitasi la flebite, o riscontrasi invece su tutti i punti della circonferenza dell' arto quando la flebite occupa ed i tronchi e le diramazioni, ed allora l'edema si dice veramente edema doloroso.

(*) Vedete articolo Flebite già citato.

Uno dei miei migliori allievi, il sig. Olivieri, Medico a Marsiglia (*), fe'soggetto della sua dissertazione inaugurale *l' edema degli arti inferiori nelle affette da cancro dell' utero.* Da sei casi, ricordati in questo suo scritto, e da esso raccolti alla mia presenza, egli conchiude, che l'edema delle estremità inferiori nelle affette da cancro uterino è, le più spesse volte, il resultato della obliterazione delle vene; che questa obliterazione viene indotta dalla flebite, cosicchè l' attestano i sintomi e le speciali lesioni anatomiche; che questa flebite deve talvolta svilupparsi in forza della diffusione della flogosi per continuità di tessuto, ma che in generale, a spiegare il suo sviluppo uopo è ricorrere alla influenza della cachessia cancerosa.

Giustissime riguardar si deggiono, a mio avviso, tutte queste conclusioni, ad eccezione dell' ultima, la quale non è consentanea a ciò che costantemente offersemi la osservazione. Ogni caso di cancro uterino portavami a constatare, che solo per continuità di tessuto, la flogosi che rappresenta la parte principale in questo genere di alterazione e di cui anzi può riguardarsi un elemento necessario, propagasi alle vene iliache interne, e da queste estendesi, o alla vena cava inferiore, o alla vena femorale; tanto che la flebite, che pel solo dato e fatto di alterata crasi sanguigna sviluppasi negli arti inferiori nella circostanza del cancro uterino o di qualunque altra malattia cronica, è per me a ritenersi come un fatto assolutamente eccezionale.

La flebite degli arti inferiori, consecutiva al cancro

(*) Il Dott. Olivieri è morto, non ha guari, a Marsiglia. La sua dissertazione e alcune osservazioni lette alla Società anatomica attestano bastantemente il suo non comune ingegno. Il desiderio che egli ha lasciato di sè tanto nei suoi condiscepoli di Parigi, come in quelli di Marsiglia, ove egli già noveravasi tra i pratici i più distinti, è giusto tributo alle sue eccellenti qualità e come di uomo sociale e come di medico.

dell' utero, guarisce spesso spontaneamente. E qui uopo è avvertire, come nello stato di anemia in che trovansi talvolta ridotte le ammalate per le sofferte abbondanti emorragie, debbasi andare assai circospetti nelle emissioni di sangue locali, avvenendo, non rare volte, che colle sole unzioni di linimento saponaceo o mercuriale, coi cataplasmi ammoglienti, o anche col niun trattamento curativo e in grazia soltanto della posizione del corpo, gli arti si detumefacciano, scomparisca il dolore e la vena femorale riducasi a un cordone, presentante grado a grado una sensibile diminuzione di volume, per terminar poi a non esser più percettibile dal tatto. La guarigione spontanea della flebite adesiva degli arti inferiori è stata da me del pari osservata consecutivamente al parto; nè io cesserei mai dal ricordarla ai pratici, avvegnachè siami ben spesso accaduto di vedere che una volta pronunziata la parola di flebite, gridasi immantinente all' imminenza del pericolo, gettasi il terrore nelle famiglie, e ogni mezzo violento e troppo spesso ripetuto impiegasi a respingere sì temibil nemico.

La flebite nel cancro dell' utero, non è punto il resultato della circolazione della materia cancerosa nelle vene, ma è piuttosto un mezzo idoneo ad impedirla, limitandola quasi una barriera tra le vene infette dalla materia cancerosa il sistema venoso generale.

La flebite adesiva è dunque la circostanza che fa esser rara la infezione cancerosa generale nel cancro uterino; poichè se la barriera formata dai grumi otturatori venisse sorpassata; in tal caso, l'umor canceroso mescolato al sangue, anderebbe a portar l'infezione nell' universale.

Sul qual soggetto propongomi due serie di esperienze sugli animali viventi. In una di esse injetterò del pus nelle vene; nell' altra, vi injetterò del suco canceroso. Vedrò allora, se il resultato delle injezioni dell' umor canceroso è identico a quello delle injezioni del pus; vedrò, se il prodotto del cancro agisce puramente e semplicemente alla

maniera di un corpo irritante, come il prodotto della infiammazione, o sivvero se esso agisce in un modo speciale; in una parola, se il cancro ingenera il cancro, come il pus ingenera il pus. Io non negherò affatto che tutta la chiave della patogenia della specialità morbosa di che qui si tratta, consista nella alterazione del sangue e nella azione di questo sangue alterato sui capillari venosi degli organi, ma per ora mi si conceda ciò come una veduta unicamente dello spirito, la quale per convertirsi in assoluta dimostrazione ha bisogno di fatti positivi e di ripetute esperienze.

Del rimanente, la flebite degli arti inferiori, anche quando terminisi per suppurazione circoscritta, sembra non esercitare che una influenza molto indiretta sul termine delle ammalate affette da cancro dell' utero.

La figura della tav. I. può servir di tipo per la flebite osservata nei casi di cancro uterino come per tutte le flebiti in genere.

Spiegazione delle figure.

In una donna attaccata da cancro uterino, la quale morì con un edema poco doloroso degli arti inferiori, e nella quale il dolore limitavasi al tragitto della vena femorale, io riscontrai le alterazioni seguenti.

La vena cava inferiore V C I mostravasi, fino al livello delle vene renali V R, V R, ripiena da un grumo poco aderente in alto, più aderente in basso; il quale, una volta aperto, presentò molti fuocolari o cisti distinte tra loro da dei setti completi; vedesi nella figura uno di questi fuocolari, che è il più superiore F P, vuotato dal pus che conteneva, onde mostrassesi a nudo la sua superficie interna, sulla quale osservansi dei punti rossi prominenti.

Il fuocolare F' P' non è stato vuotato dal pus che conteneva, e lo si vede sporgere nell'interno di altro piccolo fuocolare che gli resta superiore per un prolungamento conoide.

Il fuocolare F'' P''è più piccolo degli altri, ma le sue pareti sono più grosse e sono suscettibili di esser divise in lamine L, L'.

Le due vene iliache primitive V I P contengono dei grumi sanguigni, i quali modellandosi sui vasi, costituiscono dei cilindri pieni, quasi completamente scolorati. Quindi è a rimarcarsi che la vena iliaca primitiva sinistra, nel suo punto d' intersezione coll' arteria iliaca primitiva destra, mostravasi appianata e singolarmente ristretta.

Fino dalla origine della vena ipogastrica V I, dal lato sinistro, e un poco più in alto, dal lato destro, vedevasi del sangue recentemente coagulato S G, S G', S G'' intermedio a dei grumi più antichi ed alle pareti venose. Il colore del sangue della vena iliaca esterna sinistra V I E offre una rimarchevole somiglianza con quello dei grumi sanguigni nelle emorragie cerebrali, la di cui produzione rimonta a un mese o due addietro.

Dal lato destro, il sangue coagulato arrestasi all' origine della safena V S, e prolungasi colle qualità del grumo recente nelle vene femorali superficiale e profonda.

Dal lato sinistro, la flebite continuasi in una porzione della lunghezza della vena safena V S, presentando dei cilindri alternativi di sangue scolorato e di sangue recentemente coagulato: veggonsi pure dei grumi scolorati nella vena femorale profonda V P dell' istesso lato.

I grumi sanguigni non continuansi nelle vene collaterali, e terminansi bruscamente in una estremità rotonda corrispondentemente alle due valvule le più vicine all'imboccatura del vaso.

Riflessioni. — Nel caso rappresentato dalla tavola I, l' infiammazione era limitata ai tronchi venosi, e non estendevasi ad alcuna delle vene collaterali. È questa la circostanza la più favorevole al ristabilimento della circolazione, considerato il numero grande delle anastomosi venose. Così, l' otturamento delle vene iliache primitive e della

vena cava inferiore stessa, non produce quei resultati che la teoria sembrerebbe indicare, poichè le vene della pelvi e quelle spinali suppliscono sovrabbondantemente alla circolazione di questi grossi tronchi venosi. Finalmente altra via supplementaria al corso del sangue riguardar si può la vena porta, di cui un certo numero di ramificazioni comunicano colle vene della pelvi. (Vedi , mia anatomia descrittiva, Tom. III.)

È poi questo caso reso dalla tav. I, un bell' esempio di suppurazione circoscritta, rinchiusa da dei grumi sanguigni. Nè qui posso a meno di domandarmi cosa avvenuto sarebbe, se l'ammalata avesse sopravvissuto? Allora, io credo, il fuocolare purulento superiore F P sarebbesi aperto e il pus mescolato al sangue, determinato avrebbe tutti gli sconcerti proprj del riassorbimento purulento, o sivvero, sarebbesi eliminata la parte più liquida del pus per le leggi ordinarie del riassorbimento, ed in suo luogo sarebbe rimasta una sostanza poltacea, che avrebbe acquistato, grado a grado, una maggior consistenza e avrebbe simulato la materia tubercolare. Della qual cosa abbiamo un esempio luminoso nel fatto seguente, esempio di flebite spontanea dell' arto inferiore.

Flebite spontanea dell' arto inferiore destro.

Genevefa Lecoq, di 81 anno, vien trasferita alla infermeria per un edema doloroso all'arto inferiore destro. — Vena femorale formante come una corda tesa, durissima, dolorosa al tatto. Manifestissime le piccole vene succutanee. Niuna frequenza di polso.

Sotto la influenza della posizione dell' arto (posizione nella quale il piede trovavasi molto al di sopra del livello del ginocchio) e previe delle sanguigne locali più volte ripetute, sensibile miglioramento, cessazione quasi completa dell' edema; la vena ritorna gradatamente al suo volu-

me naturale; scomparisce il dolore. Dopo un mese di cura, l'ammalata vien trasferita nella sala delle convalescenti.

Ma dopo pochi giorni, vien nuovamente trasportata nella infermeria. Esisteva ancora dell'edema all' arto inferiore, senza alcun dolore; non scorgevansi più le piccole vene succutanee; ma più gravi sintomi richiamavano la mia attenzione.

Oppressione, tosse, espettorazione di un mucco trasparente, mescolato a dei punti bianchi; mancanza di sonorità, e respirazione oscura dal lato sinistro. Temo di una flebite polmonare, consecutiva alla flebite dell' arto inferiore. Morte per asfissia nella notte consecutiva.

Alla necroscopia, edema del polmone. Catarro polmonare cronico. Niuna flebite polmonare. Perfettamente sane le arterie polmonari.

Vene dell' arto inferiore. — La vena safena completamente obliterata dal malleolo fino al ginocchio. Quindi, dal ginocchio fino alla sua imboccatura nella femorale, mostravasi appianata, e la si sarebbe detta sana, ma un grumo sciolto e molto aderente avevala completamente obliterata.

Del pari obliterata da dei grumi aderenti era la vena femorale, offrendo inoltre, nella sua parte superiore e nel centro dei grumi stessi, una materia bianca, simile a del pus concreto. Finalmente nella vena iliaca esterna vedevasi una ciste purulenta a pareti sottilissime, formate da un grumo scolorato; sanioso era il pus che in detta ciste contenevasi, mentre non aderiva essa punto alle pareti della vena; disposizione che richiamavami esattamente alla memoria le cisti purulente del cuore.

Nel rendermi ragione del fatto della produzione del pus nel centro dei grumi sanguigni (fatto reso dal soggetto della tav. I) dovea io convincermi, che questi grumi, i quali servivano di parete al fuocolare purulento, non presentavano alcuno indizio di organizzazione; che ogni

loro funzione limitavasi ad essere come una specie di filtro conduttore dei prodotti secreti dalle pareti venose.

Da un altro lato, invano cercai nella membrana interna delle vene, tracce d'infiammazione; niuna injezione vascolare, niun notabile ispessimento; solo un qualche indizio di processo flussionale nel tessuto cellulare esterno alle vene, mostrandosi questo tessuto più compatto dell'ordinario, come pure injettati i capillari venosi, i quali allacciavano la vena come in una rete e penetravano nella sua sostanza. In qualche altro caso di flebite mi si appresentò la membrana interna delle vene injettata; talvolta la mi si offerse rossa, ma questa tinta era a riguardarsi quella stessa da cui viene spalmata la membrana interna delle arterie, nei casi di arterite.

Le vene che sono state infiammate ponno elleno ritornare ad esser permeabili al sangue? il fatto rappresentato dalla tav. I mi ha permesso di constatare un modo assai rimarchevole di ripristinarsi della circolazione venosa, pel distacco, cioè, del grumo sanguigno, operato dal sangue apportato dai vasi collaterali; per cui, nel citato caso, è bene a supporsi, che questo grumo sarebbe andato, grado a grado, a diminuir di volume, e finalmente sarebbe stato completamente riassorbito. In altri casi poi sembrommi che la circolazione si ristabilisse nel centro del grumo sanguigno, ciò che non recherà sorpresa a chi per poco rifletta, che gli strati meno tenaci, e secondo la mia maniera di vedere, più recenti del grumo esistono nel centro di esso.

Però, ciò che il più di sovente accade delle vene che andaron soggette ad infiammarsi, è la loro obliterazione: il grumo sanguigno scolorasi, riducesi in un cordone della metà del volume primitivo, e che in seguito diventa un semplice filamento, il quale finalmente viene pure riassorbito, ed allora si ha la completa obliterazione del vaso; molte volte mi avvenne di osservare questa completa obliterazione per la esistenza di concrezioni ossiformi, che occupavano una gran parte della lunghezza del vaso stesso.

In quanto poi alla distinzione della flebite in quella che occupa i grossi tronchi soltanto, ed in quella che estendesi, al tempo stesso, ed ai grossi tronchi ed alle vene collaterali, una tal distinzione è del più grande interesse, avvegnachè da questa maggiore o minore diffusione di flogosi abbiasi una marcata influenza sull' andamento della circolazione, la quale, nel secondo caso, della flogosi cioè più diffusa, assai difficile addiviene, se non è affatto impossibile, che si ristabilisca perfettamente; dal che la produzione dell' edema molle o elefantisiaco. Una attenta dissezione, preceduta da fina injezione, negli arti attaccati da elefantiasis, gettar potrebbe somma luce su di un quesito così importante.

Chiuderò queste generali considerazioni riportando un caso di cancro vaginale con flebite estesissima delle vene cava inferiore, iliache, crurali ec.

Cancro della vagina e del muso di tinca. — Edema dell' arto inferiore. — Flebite.

Io avea potuto constatare in una donna inviata alla Salpêtrière come ammalata di cancro uterino, che la sede della malattia occupava la parte la più elevata della vagina, circostanza, che impedendo di portare il dito fino al muso di tinca, rendeva affatto inapprezzabili le condizioni di questa parte.

Negli ultimi periodi della vita comparvero: — infiltramento degli arti inferiori, in special modo dal lato destro; flebite, la di cui influenza riescimmi affatto inapprezzabile a determinare l'esito finale della malattia.

Nella consecutiva sezione del cadavere: la porzione superiore della vagina cangrenata; ampia comunicazione colla vessica; strati cancerosi ai limiti della cangrena: — sanissimo il corpo dell'utero; il collo compenetrato da dell'umor canceroso. Escara sul muso di tinca.

Flebite adesiva delle vene ipogastriche, le quali mostravansi ripiene di concrezioni dure, scolorate, aderenti. Quindi la flebite estendevasi alla vena cava ascendente, alle vene iliache, alle primitive interne ed esterne.

La flebite, dalla vena cava arrestavasi al di sotto delle vene renali. Il grumo che in detta vena riscontravasi, altro non era che una ciste ripiena di un pus, color feccia di vino, terminantesi, in alto, in un cul di sacco a pareti ben poco grosse, fragili, di modo che lasciavansi lacerare colla massima facilità.

La superficie del grumo, il quale era pochissimo adeso alle pareti della vena, presentava numerose strie, dirette in sensi diversi.

Nelle vene iliache primitive, interne ed esterne esisteva un miscuglio di concrezioni antiche, scolorate, e dei grumi recenti; miscuglio che stava a dimostrare gli sforzi della natura a ristabilire il corso del sangue.

In questo soggetto esisteva una singolare varietà anatomica; vedeasi, cioè, una vena cava supplementaria, costituita nel modo seguente. La vena iliaca primitiva sinistra invece di andare a sboccare corrispondentemente alla vena iliaca primitiva destra, dividevasi in due branche, una che comportavasi nel modo ordinario, l'altra che ascendeva verticalmente a sinistra dell' aorta, riceveva le vene renale e capsulare sinistre, per andare a gettarsi nella vena cava, nel punto occupato ordinariamente dalla vena renale sinistra.

Questa vena supplementaria era stata sede, come le altre già indicate, della infiammazione.

MALATTIE DELLE ARTERIE.

(Tavola II.)

Cangrena per obliterazione delle arterie.

Prima osservazione. — *Cangrena spontanea della gamba in una donna, attaccata da cancro delle pareti addossate del retto e della vagina.*

La Potet, di 58 anni, si costituisce alla Salpêtrière come malata *di cancro dell' utero*. Praticando il riscontro riconosco, da un lato, l' integrità perfetta dell' utero e della parete anteriore della vagina, dall' altro, la degenerazione cancerosa delle pareti addossate del retto e della vagina con una apertura di comunicazione tra questi due canali.

Vano *qualunque rimedio mostravasi* per questa malata, che, grado a grado, sarebbe andata a incontrare il suo fine, il quale d' altronde non potea esser molto lontano.

Il 3 decembre 1836, la Potet lagnavasi di un vivo dolore al piede destro, ove non scorgendo io alcuna sensibile alterazione e riguardando questo dolore come unicamente il resultato di una stessa posizione lungamente continuata e come l'effetto del peso delle coperte, limitai tutta la cura a far difendere il piede, per mezzo di un arcuccio, dal contatto delle coperte medesime.

All'indimani, l'ammalata accusa un dolore vivissimo nei muscoli posteriori della gamba destra, esasperantesi vivamente sotto il più piccolo contatto, congiunto a lividore ed insensibilità nell' apice delle dita dell' istesso lato. La cangrena estendesi rapidamente al piede, alla regione anteriore esterna ed inferiore della gamba. L' arteria femorale presenta sotto il tatto delle pulsazioni in corrispondenza alla arcata femorale e a due pollici al di sotto di essa; più in basso, detta arteria mostrasi trasformata in un cordone duro e indolente.

Fino all' ultimo momento della vita i dolori non diminuirono punto d' intensità, nè cessarono un momento; occuparono costantemente in totalità l' arto addominale, e fecersi sentire principalmente sul dorso del piede, che avea completamente subìto il processo cangrenoso: fatto veramente singolare e che teneva a quella stessa causa la quale fa sì, che gli amputati risentano il dolore negli arti che non hanno più.

Il 27 decembre, la coscia era come vergata, fredda ne suoi due terzi inferiori; il polso impercettibile; morte nella notte consecutiva.

Necroscopia il 29. — Cancro con cangrena delle pareti posteriore della vagina e anteriore del retto; le escare cangrenose mescolate alle materie fecali che passano dal retto nella vagina, sono sostenute da un tessuto canceroso; distrutta è la commissura posteriore della vulva, e le grandi labbra presentano un edema duro. La degenerazione cancerosa consiste in un tessuto areolare, le di cui maglie sono ripiene da dell' umor canceroso di consistenza di sevo.

Integrità perfetta dell' utero e della parete anteriore della vagina.

Condizioni dell' arto cangrenato (ved. tav. II, fig. 1.) — La cangrena, caratterizzata da un color nero, occupa il piede in totalità, tutta la regione anteriore ed esterna, e la parte inferiore delle regioni posteriore ed interna

della gamba. Il piede è disseccato e come mummificato, disseccata pure è la pelle della gamba; niun odor di cangrena, ma bensì un odore nauseante più spiacevole al mio olfatto dell' odor di putrefazione; niuna disorganizzazione nè alterazione putrida dei tessuti: di un color livido il tessuto cellulare ed i muscoli, ma pure di una sufficiente consistenza, e tutte le parti sono riconoscibili e potrebbero anche dissecarsi. Sulla figura veggonsi i tre muscoli tibiale anteriore, estensor comune delle dita ed estensor proprio del dito grosso, quindi l' arteria ed il nervo tibiale anteriori i quali mostransi perfettamente distinti come su di qualunque altro cadavere. Non vi ha dubbio, che se l' ammalata avesse vissuto più lungo tempo, avrebbesi avuto la mummificazione di tutta la gamba.

Le figg. 2 e 3 rappresentano le arterie dell' arto inferiore nel loro tratto dall' arcata femorale fino alla pianta del piede; le arterie femorale e poplitea e le loro suddivisioni mostransi in parte ossificate; se vengano sezionate, conservano la loro forma cilindrica; la loro ossificazione vedesi essersi effettuata circolarmente ed a piccoli intervalli, ciò che dà loro l' aspetto di piccole asperarterie.

L' arteria femorale fig. 2 fino dall' origine dell'arteria profonda A P R, è ripiena da un grumo aderente, il quale presenta diverse gradazioni di colore. Lo stesso è dell'arteria poplitea A P, figg. 2 e 3, della arteria tibiale anteriore A T A, fig. 3, e del tronco tibio-peroniero A T P, fig. 3; l'arteria tibiale posteriore A T P, è sommamente attenuata, e molto più piccola dell'arteria peroniera A P, fig. 3.

L'otturamento operato da grumi sanguigni, avea avuto luogo non solo nei grossi tronchi arteriosi, ma nelle loro suddivisioni puranco.

Egualmente ripiene di grumi sanguigni erano le vene satellite delle arterie V F, V P.

Seconda osservazione. — *Cangrena spontanea in una donna di 81 anno. — Obliterazione completa delle arterie tibiale posteriore e peroniera. — Stato di integrità della tibiale anteriore. — Grumi recenti nella poplitea.*

La Fabbri, di 81 anno, veniva molestata fino ormai da 18 mesi addietro, da un tremito generale che avevala costretta a lasciare i suoi abituali lavori, ai quali continuava a dedicarsi, malgrado la sua avanzata età. Integra la intelligenza.

Il 6 gennajo 1835, fu trasportata nella mia clinica per una lieve pleuro-pneumonite, malattia che venne efficacemente combattuta col salasso e con due vessicanti sul lato sinistro del petto.

Era essa convalescente dell' accennata malattia ed erale stato assegnato il mezzo vitto, quando il 7 febbrajo, mi prega a volerle vedere un piede. Riscontro il piccolo dito, nero, insensibile; di un color violaceo anche il secondo dito.— Al tallone esisteva una flittene, sulla quale vedevasi la pelle annerita. L'ammalata lagnavasi di dolore vivissimo alla gamba e principalmente nella sua parte anteriore e lungo i muscoli estensori, ove fino da qualche giorno, essa accusava, sotto il nome di crampi, dei dolori intensissimi.

Buona la fisonomia; naturale il color della pelle; il polso piccolo, ineguale; niuna innormalità alla esplorazione del cuore. — Una leggera tosse è l' unico sconcerto che resta dalla pregressa pneumonite.

Diagnostico una arterite. Controindicando il salasso l' attualità delle condizioni della ammalata, faccio una applicazione di sanguisughe lungo il lato esterno della gamba, sede principale del dolore.

Le pulsazioni dell' arteria femorale si fan patenti in tutto il tratto della coscia; quelle dell'arteria poplitea sono affatto impercettibili.

Il 9 febbrajo, la cangrena erasi già estesa alle quattro ultime dita.

Gli 11, la cangrena avea attaccato il lato esterno della gamba, sede del dolore e dell' applicazione delle sanguisughe. Il 14, non più estesa che per l' avanti la sede della malattia; ma in seguito a dei dolori fierissimi che strappavano acute grida alla ammalata, sopraggiungono: perdita della cognizione, completa insensibilità, rantolo, polso filiforme, morte.

Necroscopia. — Sgombra da malattia l' arteria femorale in tutta la sua lunghezza, e solo nella sua parte inferiore, corrispondentemente al punto ove essa traversa il muscolo terzo adduttore, esistono dei grumi sanguigni non aderenti.

Altri grumi del pari non aderenti nei cinque sesti superiori dell' arteria poplitea, altri aderenti e compatti nel sesto inferiore.

Il tronco tibio-peroniero, ripieno da una concrezione compattissima, aderente e scolorata la quale continuavasi in tutta la lunghezza della tibiale posteriore e della peroniera, non meno che in tutte le divisioni apprezzabili di questi vasi.

Del resto, l' obliterazione della tibial posteriore e della peroniera rimontavano ad un' epoca molto antica, poichè indipendentemente dal loro colore, i grumi mostravansi in alcuni punti canalati.

In perfetto stato d' integrità era l' arteria tibiale anteriore. Le vene poplitea, tibiale posteriore e peroniera erano distese da del sangue coagulato.

In stato normale il cuore e tutte le altre parti del sistema arterioso.

È a rimarcarsi in questo caso come l' arteria tibiale anteriore non avesse supplito alle altre arterie.

Riflessioni. — Malgrado la nuova luce che l'anatomia

patologica ha sparso su questa specie di cangrena impropriamente chiamata cangrena senile, ciò non ostante è questo un tal soggetto che non cessa di richiedere severe e ripetute discussioni. E primieramente riguarderemo come un fatto principale: che la obliterazione delle arterie al grado da impedire il corso del sangue arterioso in una data parte, ha per resultato la cangrena di questa parte medesima: fatto che ne autorizzerebbe a sostituire alla denominazione *di cangrena senile* e anche *di cangrena spontanea*, quella *di cangrena per obliterazione delle arterie.* Così, altra volta, nella mia prima opera (*) io avea considerato la ossificazione delle piccole arterie come una causa di cangrena senile.

Ed è veramente a sorprendere come attender si possa un sì terribile resultato dalla ossificazione delle ultime diramazioni arteriose, mentre la ossificazione delle grosse arterie non si rivela per alcun sintoma, nè determina alcun rilevante sconcerto.

Un secondo fatto, di una importanza anche maggiore, poichè ha procurato delle basi alla terapeutica della cangrena spontanea, si deve al Dupuytren, il quale ha dimostrato, che l' arterite è la causa la più abituale della cangrena detta senile. Ora l' arterite, nell' istesso modo che la ossificazione delle arterie, non produce la cangrena se non che quando intercetta completamente il corso del sangue arterioso.

Questa dottrina riceve una conferma, nel modo il meno equivoco, dalle seguenti esperienze. Io ho injettato dei corpi irritanti, dell' inchiostro, dell' alcool diluto nell' arteria femorale di molti cani: dopo qualche momento, mortificazione del membro la quale faceasi patente per la paralisi immediata del moto e del senso, e per la decomposizione putrida effettuatasi in dodici, ventiquattro, quarantotto ore, più o me-

(*) Essai sur l' anatomie pathologique, Paris, 1816, tome II p. 57.

no, secondo i soggetti e secondo la temperatura dell'ambiente. Quasi sempre umida era la cangrena osservata in queste esperienze.

Ecco il dettaglio di una di queste esperienze tale quale consegnavala io nelle mie note. » Il 10 luglio 1826, injettai » dell' inchiostro nell' arteria crurale di un cane. Immediatamente dopo la injezione, dolore vivissimo; il membro è pendente, insensibile; alla sera, la pelle erasi fatta » livida come nella putrefazione ordinaria. All' indimani, » la putrefazione era benissimo constatata; quarantotto ore » dopo, il membro esalava un odore acutissimo di cangrena. » Praticata l' amputazione al di sotto il cerchio di separazione tra le parti morte e le parti viventi, potei constatare, che i muscoli della coscia e della gamba erano » ridotti in una poltiglia rossastra; che il periostio delle ossa » dell' arto inferiore ed i ligamenti delle articolazioni femoro-tibiale e peroneo-tibiale erano distaccati dalle ossa, » e che del pari distaccate erano le cartilagini articolari. » Frattanto, in assai minor grado era l'alterazione putrida » alle articolazioni tibio-tarsiense, tarsiensi, metatarso-falangiche e falangiche, mentre corrispondentemente a queste ultime articolazioni esisteva la cangrena secca, i ligamenti mostravansi perfettamente conservati, ed il periostio era rimasto attaccato alle ossa.

Su questa differenza tra la parte superiore e la parte inferiore dell' arto cangrenato per rapporto alla putrefazione, io rifletteva che essa tenesse unicamente alla differenza di struttura delle parti; e che per questa sola ragione la parte superiore stata fosse la sede di una cangrena umida, e la parte inferiore di una cangrena secca.

Da questa teoria sulla cangrena spontanea necessariamente conseguita, che la estensione della cangrena esser dee rigorosamente proporzionale alla estensione della obliterazione dei vasi; che in conseguenza, una obliterazione parziale dee trar seco una cangrena parziale; ma che lo

stabilirsi della cangrena suppone una obliterazione il più possibile completa dei vasi arteriosi, poichè se qualche goccia di sangue arterioso possa penetrare in un membro, abbenchè con poca nutrizione, ivi pur nonostante manterrassi la vita.

La seguente esperienza è una prova di fatto di questa verità.

Il 17 luglio 1826, injettai, senza impulsione, del mercurio nell' arteria femorale di un cane di media grandezza; al momento dell'injezione, l' animale non dimostrò di soffrire molto dolore, ma non così dopo una mezz' ora, chè udissi emettere voci spaventevoli, nè poteva restarsi giaciuto, nè tampoco tenersi in piedi, svoltolandosi per la terra e gettandosi ripetutamente su della carta, che egli lacerava con furore; due ore dopo, abbondantissima salivazione.

Quest' animale morì il 24 luglio con una cangrena secca del piede e della gamba. Molti ascessi cangrenosi esistevano nella spessezza della coscia e per entro ai muscoli, e nel loro centro vedevasi raccolto del mercurio. Trovai poi nella spessezza dei muscoli gran gluzio e vasto esterno, delle migliaja di tubercoli, facili a distinguersi col tatto, a traverso la mollezza delle parti vicine. I quali tubercoli altro non erano che tante piccole cisti ripiene di pus concreto e contenenti, come sopra accenammo, una goccioletta di mercurio nel loro centro; ciascun tubercolo era circondato da un sottile strato di tessuto muscolare rosso e fragile.

In quanto alla articolazione femoro-tibiale, era essa piena di pus; la sinoviale rossa e ispessita, le cartilagini rimaste corrose alla loro circonferenza; le parti rimanenti erano perfettamente sane, e la sinoviale, d' altronde assai sviluppata, non compariva tale di fronte alle cartilagini stesse. Il femore segato nel senso della sua lunghezza, presentò un midollo molle e rossastro, e verso il suo centro, qualche glo-

buletto di mercurio. Infiltrato di pus e di globuli mercuriali era il tessuto spungioso di questo osso.

Questa esperienza, che offre, sotto molti rapporti, della singolarità, sembrami esser luminosa prova, che la cangrena era sopraggiunta parzialmente, appunto perchè l'intercettazione del corso del sangue arterioso era stata parziale.

Non è frattanto a maravigliare se rara a riscontrarsi si è la cangrena per legatura di una arteria; i vasi collaterali che servono a mantenere nel membro il sangue circolante, danno di cotal fatto sufficiente ragione. Così, può la obliterazione del circolo sanguigno stabilirsi in un membro anche per un tratto assai esteso, senza essere susseguita da cangrena, ove però detta obliterazione facciasi gradatamente, e che siavi stato il tempo di stabilirsi la circolazione collaterale; mentre se istantanea è avvenuta detta interruzione di circolo per un tratto assai esteso, inevitabile è la morte del membro. Una esperienza molto semplice da me praticata, non lascia dubbio sulla verità di simile asserto: il 7 settembre 1826, introdussi un fusto di legno nell'arteria femorale di un cane, dall' alto in basso, fino a che non trovai resistenza alcuna: gli 11 settembre, l' animale era morto con una cangrena dell' arto inferiore.

L' arterite, come la flebite, ha per resultato immediato il coagulo del sangue in tutti i punti corrispondenti alla superficie interna infiammata del vaso: solo, nelle grosse arterie, e nell' aorta in particolare, riscontrasi talvolta una arterite laterale, dir voglio una arterite che non occupa che parte della circonferenza del vaso, di modo che la circolazione non ne va sensibilmente alterata; la qual circoscrizione di flogosi giammai riscontrasi nelle arterie di medio e piccolo calibro, nelle quali tutta la circonferenza viene invasa da tal processo morboso.

In un caso presentato alla Società anatomica dal Sig. Cazalis, sembra che l'arterite laterale dell'aorta avuto non avesse influenza alcuna sullo sviluppo della cangrena. Trat-

tavasi di una vecchia, morta per cangrena senile, e nella quale la necroscopia mostrava dei grumi sanguigni nelle piccole arterie che nascono dalle tibiali e dalle peroniere. Nell' aorta esistevano molti grumi, i quali non otturavano che in parte il vaso; alcuni di essi corrispondevano a delle porzioni di arteria dilatata e petrificata. Una sostanza puriforme occupava sia il centro di questi grumi, sia il lato di essi che riguardava le pareti del vaso.

Variabilissima nella cangrena per flogosi delle arterie è la estensione della obliterazione del circolo sanguigno; così, in un caso presentato alla Società anatomica dal Sig. Maisonneuve, la porzione inferiore dell' aorta, le arterie iliache primitive, le iliache interna ed esterna, la poplitea, le tibiali e peroniere mostravansi completamente obliterate, mentre la cangrena non era estesa che a piccolo tratto. Nella seconda osservazione, riportata più sopra, la circolazione era affatto obliterata nelle arterie tibiale posteriore e peroniera, mentre la si era mantenuta nella tibiale anteriore; ciò darebbe luogo alla ricerca del modo col quale essendosi mantenuta libera l'arteria tibiale anteriore, non fossesi ristabilita la circolazione nelle arterie tibiale posteriore e peroniera? Di questo fatto trovasi agevolmente la cagione nello essere intercettati i mezzi di comunicazione tra questi differenti ordini di vasi; tanto che, fossero del pari le arterie tibiale posteriore e peroniera rimaste libere, la sola obliterazione delle piccole arterie bastato avrebbe a indurre il processo cangrenoso, perchè la obliterazione delle piccole arterie è circostanza inerente alla cangrena spontanea, mentre la obliterazione delle arterie grosse è circostanza necessaria.

Se si leggano le osservazioni pubblicate sulla cangrena senile o spontanea non se ne troveranno sole due, le quali si rassomiglino sotto il rapporto della estensione della obliterazione delle grosse arterie: così, mentre nel caso citato più sopra, aveasi obliterazione per esistenza di grumi e del

termine dell' aorta e delle due arterie iliache primitive con cangrena limitata soltanto a qualche dito del piede di un solo arto, in altri casi riscontransi le arterie di medio e grosso calibro, perfettamente libere, consociate ad una assai estesa cangrena, la quale nasce dalla obliterazione delle arterie di piccolo calibro.

I grumi sanguigni che otturano le arterie sono talora densissimi, ed il loro scoloramento, la loro intima aderenza colle pareti arteriose, ne attesta la loro antichità; altra volta riscontransi nelle grosse arterie dei grumi così recenti che, a mala pena ritener potrebbersi come causa della malattia, o certamente la loro origine rimonta soltanto agli ultimi giorni e forse agli ultimi momenti della vita del malato. Da ciò ne discende la opinione degli antichi, i quali avevano perfettamente apprezzato il coagulo del sangue nei casi di cangrena senile, riguardandolo però come un effetto e non come una causa di questa alterazione; opinione di cui partecipa l'istesso Haller, il quale fu il primo ad osservare nel caso di cangrena senile, che le amputazioni praticate molto al di sopra dei limiti della cangrena, non erano punto susseguite da flusso di sangue.

Ma che il coagulo del sangue nei casi di cangrena spontanea non sia di essa l' effetto, ma piuttosto una cagione, viepiù chiaramente van dimostrando le osservazioni di fatto: che , cioè , il grumo precede costantemente la cangrena; che un dolore intensissimo ha luogo lungo il tratto del vaso arterioso avanti la formazione di essa; che finalmente, detto vaso arterioso acquista una tal solidità , da rappresentare sotto il dito una corda tesa, facendosi talmente disteso e rotondeggiante, quale esser potrebbe un vaso ripieno da solida injezione.

In quanto al dolore intensissimo che occupa le parti le quali sono state colpite da cangrena, dolore che i malati riportano alle stesse parti cangrenate, che esasperasi vivamente sotto il tatto, e che le spesse volte assume un tipo

intermittente, anzi che un resultato di flogosi, è per me tal sensazione a ritenersi piuttosto come l' effetto di una specie di lotta tra la vita e la morte nelle parti private dei loro materiali nutritivi. Confermavanmi in tale avviso le mie stesse esperienze, dalle quali resultava, che ove avessi io injettato in una arteria principale un corpo irritante idoneo ad arrestare, tutto di un colpo, la circolazione nell'arto, assolutamente nullo era il dolore che ne sopravveniva; mentre era questo intensissimo, quando la injezione stata fosse di tal natura da non intercettare immediatamente la circolazione, dando luogo così ad un parziale inceppamento, ad una lotta, per così dire, tra la vita e la morte.

La formazione del grumo nella cangrena spontanea è stata da taluno riguardata come affatto indipendente dalla infiammazione, la quale piuttosto si è voluto ritenere come un prodotto della presenza di detto grumo a contatto delle pareti arteriose. Si appoggia questa opinione sul fatto, che le pareti dell' arteria, in principio scolorate, si coloriscono in breve, di rosso, quindi si ispessiscono e perdono la loro levigatezza; ciò sostenevasi dal Sig. Legroux in una sua tesi, an. 1827 N.° 215, e sulla quale argomentando io, objettava, che la membrana interna delle arterie non è suscettibile di injezione, almeno in quanto al sangue; che ancora non vi sono stati dimostrati dei vasi sanguigni; che mai si colorisce di rosso, e che ciò che si chiama color rosso altro non è che un colore di tinta, il quale d' altronde non osservasi che nel caso in cui l'arterite essendo antica, la materia colorante del sangue ha impregnato le membrane interne, presso a poco, come se ne impregna il tessuto cellulare nei fuocolari sanguigni. In quanto poi all'argomento dedotto dalle alterazioni del sangue e dalla possibilità del coagulo spontaneo di questo liquido, che conterrebbe in se il principio del coagulo stesso, oltre ad essere un tale argomento meramente ipotetico, cade poi totalmente di fronte a questo gran fatto: che qualunque infiammazione vascolare

è immediatamente succeduta dal coagulo del sangue. Con tutto questo negar non voglio però, che il sangue non possa essere il veicolo della causa della flogosi delle arterie; è questo un fatto che io non posso a meno di credere, e che le mie esperienze concorrono tutte a stabilire; ma questa causa non determina il coagulo del sangue se non che consecutivamente alla flogosi delle pareti arteriose. Che se talvolta la infiammazione della membrana interna delle arterie è il resultato dell' azione di un sangue irritante, questa infiammazione ha forse luogo, le più spesse volte, consecutivamente alla alterazione della membrana media.

La cangrena per obliterazione delle arterie non ha per conseguenza necessaria la morte, abbenchè il termine fatale sia, in qualche modo, la regola di tale alterazione: il fatto seguente, consegnato nella tesi del Sig. Rousset, 1827, N.° 75, ne costituisce una prova.

Un giovane di 19 anni, di forte costituzione, di alta statura, convalescente di una leggera febbre, vien sorpreso da un dolore intensissimo nella gamba destra, che diviene pallida e fredda. Al terzo giorno, si presentano delle macchie violette in prossimità dei malleoli; distaccasi l'epidermide; i dolori divengono appena tollerabili, ed il malato non può gustare un momento di riposo; la più leggera pressione sul membro ne esacerba considerabilmente il dolore. Al quinto giorno, il piede mostrasi completamente cangrenato. I dolori si riconcentrano nella gamba. Al 19.° giorno, vien praticata l'amputazione dal Sig. Baffos, col più completo successo.

Relativamente poi all' andamento della malattia, mentre vi han delle cangrene per obliterazione di vasi, le quali progrediscono colla massima rapidità, ve ne hanno pure che tengono un corso lentissimo: dal che emergerebbe la importante ricerca, quando, nella cangrena spontanea sia riposta la causa della morte nella lesione di alcuno dei visceri, del polmone, per esempio. Alcuni fatti sembrano

stabilire, che i malati ponno soccombere unicamente alla forza del dolore. Un vecchio beccajo, da me più volte visto in consulto congiuntamente al mio eccellente amico Vallerand de Lafosse, veniva afflitto da una cangrena che protrassesi a tre o quattro mesi. Per lungo tempo limitata questa malattia al dito grosso di un piede, si estese poi alle altre dita del piede stesso. Eccellente era lo stato della macchina, e il malato si estinse come se lo avesse consumato il dolore. Mancò la necroscopia.

Rimarchevole è la osservazione seguente (Tesi del Sig. Legroux, 1827) per rapporto all'andamento della malattia.

Terza osservazione. Un individuo di 66 anni, nel mese di luglio 1826, vien sorpreso da qualche accesso di febbre con senso di freddo e di torpore nel dito grosso del piede sinistro, susseguito da cangrena secca della prima falange dell'istesso dito. La piaga non si cicatrizza e conserva un colore smorto. Nel mese di aprile 1827, ulteriori progressi nella cangrena, preceduti da freddo e da istupidimento doloroso. Il 14.° giorno, la cangrena avea colpito gradatamente la metà del piede. L' ammalato muore cachettico.

Alla necroscopia, arteria iliaca primitiva e ipogastrica destre obliterate per un grumo sanguigno consistentissimo, di color mattone; libera l' arteria crurale: le arterie poplitea sinistra, tibiali anteriore e posteriore, peroniera , fino alle ultime divisioni apprezzabili, ripiene da un grumo , di forma allungata , più consistente e meno scolorato del primo. Il qual grumo mostravasi sempre più consistente a misura che lo si osservava inferiormente, sembrando ivi come fibro-cartilaginoso e confuso colle pareti arteriose.

La dottrina dell'arterite, considerata questa malattia come la causa ordinaria della cangrena detta senile , ha fatto intieramente variare la terapeutica di questa malattia. Infatti, ai tonici impiegati sotto tutte le forme, ed adoprati sì esternamente che internamente, Dupuytren sostituiva il salasso; metodo curativo che, sebbene più razio-

nale dell' altro, non ha per questo ottenuto vantaggiosi resultati, i quali invano io pure attesi dalla sanguigna locale, di cui più volte ebbi a lodarmi nei casi di flebite. Frattanto, i dolori atroci che accompagnano questa malattia, sembranmi reclamare l'uso dell' oppio, che Pott il primo ha esperimentato in un caso, nel quale riescì a salvare il suo ammalato. Di niun soccorso come mezzo curativo è l'amputazione, la quale conviene soltanto come un trattamento consecutivo per sbarazzarsi dell' arto divenuto corpo estraneo, dopo la perfetta limitazione della cangrena. E questo processo di separazione di un membro cangrenato, la natura sola basta talvolta ad operarlo; convinceami di ciò il fatto seguente da me osservato in uno spedale di provincia. Si trattava di un uomo, di cui un piede e la gamba corrispondente, rimasti mummificati, tenevano al resto del corpo unicamente per le ossa; essendosi quindi perfettamente effettuata la separazione tra la parte viva e la parte morta, effettuossi pure in tutta la sua intierezza la cicatrice delle parti morte, ed allora soltanto un chirurgo poco pratico di operazioni si accinse a segare le ossa, sbarazzando così l' arto da un peso incomodo, di cui la natura avrebbe finito col liberarsi da per se sola, poichè la sezione delle ossa nel punto corrispondente alla cicatrice, non impedì la separazione spontanea della necrosi a una certa distanza dalla superficie della piaga.

Così, mentre che la flebite adesiva delle grosse e piccole vene, altri inconvenienti non arreca che un momentaneo incaglio nella circolazione venosa, o un'edema più o meno doloroso; la infiammazione adesiva delle arterie ha per resultato la morte delle parti, ove essa attacchi le arterie capillari; io non ho studiato l' arterite suppurativa, ma egli è molto probabile, che eguali alla flebite suppurativa sieno i resultati di essa; che talora, cioè, non abbia alcuna marcata influenza sul resto della economia, e ciò quando il pus circoscritto da dei grumi, possa riassorbirsi

senza penetrare nel torrente circolatorio; talora foriera si faccia dei più gravi sconcerti, quando detto pus mescolandosi al sangue, vada ad infettarne tutta la massa; dal che, come avviene nella flebite, discendano tutti i morbosi fenomeni che tengon dietro al riassorbimento del pus.

Nello studio clinico della cangrena spontanea havvi un punto assai importante, relativo a un errore a cui essa può dar luogo nel diagnostico, almeno momentaneamente: accade talvolta che una paralisi di un membro, senza alcun cangiamento di colore della pelle, preceda di molti giorni i segni fisici della cangrena; errore nel quale io pure cadeva in un caso di questo genere, in cui mi venne fatto di credere pel corso di ventiquattr' ore, a una paralisi del braccio per lesione del cervello o della spinal midolla, persuadendomi di ciò la perdita del senso e del moto, senza alcun cangiamento di colore della pelle e senza dolore notabile. Ecco frattanto i caratteri, in forza dei quali può evitarsi un errore di simil sorta.

Un membro paralizzato per sospensione o cessazione completa di circolo arterioso, differisce essenzialmente da altro membro preso da paralisi per lesione dei nervi o del centro cefalo-spinale, in quanto che, nel primo caso, la paralisi riesce sempre il più possibile completa, mentre eccessivamente rara ad osservarsi è la paralisi completa per lesione dei nervi. Altro carattere poi si è (e questo può dirsi assolutamente patognomonico) lo unirsi che fa costantemente la paralisi per obliterazione di arterie al freddo algido, allo scoloramento della pelle, tale quale si osserva nel cadavere; ciò che non ha mai luogo nella paralisi nervosa. Finalmente nella paralisi per obliterazione di arterie, queste ultime han cessato affatto di pulsare nel membro attaccato; di più, dolorosa riesce la pressione sui tronchi arteriosi, i quali offrono sotto il dito esploratore una resistenza analoga a quella di una corda tesa.

Le due seguenti osservazioni somministrano un esempio ri-

marchevole delle analogie e delle differenze esistenti tra la paralisi *nervosa* e la paralisi *arteriosa*.

QUARTA OSSERVAZIONE. — *Pneumonite. — Cangrena spontanea dell' arto inferiore destro, presentante tutti i segni della paralisi. — Scoloramento semplice dell' arto paralizzato, che rappresenta l' arto di un individuo fatto cadavere da poco tempo.*

Quando io ripresi servizio alla Salpetrière, il 2 maggio 1835, dopo qualche giorno di assenza, trovai nella Sala S. Antonio N.o 3, una donna di 78 anni, la quale era attaccata da cangrena spontanea dell' arto inferiore destro, e che presentommi i sintomi seguenti: algore con perdita completa del senso e del moto in tutto l' arto inferiore destro.

L' ammalata *non accusa alcun dolore*, anzi essa dice di provare un senso generale di ben essere, ed è perfettamente tranquilla sul proprio stato: assopimento. Nè il pizzicottamento nè la puntura si rendono sensibili nell'arto offeso; però, anche la più leggera pressione determina un vivo dolore lungo il tragitto della arteria femorale. Questa arteria si mostra come una corda dura; le sue pulsazioni non sono avvertibili che a due pollici di distanza dall'arcata femorale; più sotto, scompariscono affatto.

La gamba ed il piede sono *scolorati*, *bianchi*, *senza alcuna traccia di putrefazione*. La pelle della coscia è *livida*; l' epidermide lasciasi distaccare come quella di un cadavere che incominci a putrefarsi. L' accennato lividore non estendesi a tutta la circonferenza della coscia, poichè in diversi punti si mostrano delle specie di *isole bianche* o scolorate, senza alcuna traccia di decomposizione, come potrebbero osservarsi su di un cadavere da poco tempo.

D' altronde, esilissimo è il polso. Scolorate le estremità

delle dita, quasi il sangue non penetrasse nei vasi capillari.

Commemorativi. — L' ammalata era entrata nella infermeria il 28 aprile, a sera, ove non era stata osservata che il 29. Offriva allora tutti i sintomi della pneumonite, per cui le fu praticato un salasso. — Il 30, ella non fu più in grado di collocarsi sul bacino, lagnandosi di freddo e di dolore in tutto l' arto inferiore destro. — Il 1.° maggio: freddo, insensibilità completa del piede, della gamba e della metà inferiore della coscia: applicazione di 80 sanguisughe lungo il tragitto dell'arteria femorale, 40, a mattina, 40, a sera. — Sacchetto di arena calda lungo l' arto ammalato.

Il 3 maggio, la mortificazione non ha fatto progressi. L' istesso algore, l'istesso scoloramento, l' istessa insensibilità, l' istessa immobilità dell' arto, che presenta colla massima esattezza tutti i caratteri di un membro di un cadavere in una incipiente putrefazione; le porzioni di cute sulle quali il giorno avanti era stata asportata l' epidermide col pizzicottamento, mostravansi in uno stato di essiccazione, simile a quella che si riscontra sul cadavere, nel quale pure sia stata tolta l' epidermide. I vasi venosi che serpeggiano nella spessezza della pelle erano disseccati e visibili a traverso la trasparenza del derma, il quale pure era essiccato. Non trattavasi di cangrena, poichè mancava l'odor cangrenoso; trattavasi di un membro mortificato, che andava a decomporsi come un membro di un cadavere.

L' ammalata visse fino al 5 maggio in uno stato di stupore.

Alla necroscopia, il 6 *maggio.* — Tutto il lobo superiore del polmone destro era sede di una infiammazione, passata allo stato di suppurazione infiltrata; il pus fluiva dal polmone, mediante la pressione, come da una spugna. Il cuore era sano.

I muscoli della coscia, della gamba, e del piede destro

erano integri e quali sarebbero quelli di un cadavere da poco tempo. Niun odor di cangrena.

L' arteria femorale, a un pollice al di sotto della profonda, era ostrutta da un grumo, il quale non aderiva al vaso in tutti i punti della sua circonferenza, di modo che la circolazione avea potuto effettuarsi in parte, tra il grumo e le pareti arteriose. Le arterie collaterali della coscia non furono punto esaminate.

Nella gamba, le arterie tibiali e peroniere mostravansi considerevolmente ristrette per delle concrezioni ossiformi, delle quali riscontravansene pure nelle arterie collaterali. Però, dei grumi propriamente detti non esistevano nè nelle une nè nelle altre.

Riflessioni. — Imperfetti sono i dettagli di questa autopsia, e io credo che la omissione di alcune circostanze possa dar luogo a questa domanda: se il ristringimento delle arterie per concrezioni ossiformi, basti a spiegare l' incadaverimento dell' arto inferiore. Su di che sarei per pronunziarmi coll' affermativa, sebbene non abbia io mai constatato, per simil causa, la obliterazione propriamente detta, meno in un caso, ove riscontrossi detta obliterazione limitata ad un tratto assai piccolo della arteria femorale.

Potrebbe dunque il caso testè narrato riportarsi ai casi di cangrena per ossificazione delle piccole arterie.

Avvertirò qui, come il modo di putrefazione delle membra cangrenate presenti tre varietà: cioè la mummificazione o cangrena secca delle parti molli ; la cangrena umida, e la putrefazione cadaverica. Questi tre modi di decomposizione tengono esclusivamente alla quantità dei liquidi contenuti nel membro, al momento della sua mortificazione.

Quinta osservazione. — *Cangrena spontanea della mano destra, simulante una paralisi reumatica.* — *Cangrena delle estremità digitate della mano sinistra.*

La signora Porter, in età di 67 anni, alla Salpêtrière fino da 4 anni per delle erpete alle gambe, collocata al N.° 4, nella Sala S. Alessandro, tradotta alla infermeria il 22 gennajo 1836. Alla visita del 23, constatai l' esistenza di una pneumonite, per il mezzo della ascoltazione, la quale mi fece apprezzare un crepitio secco e risonante dal lato destro; mentre pervenivanmi i seguenti commemorativi:

Fino da un anno, dolori negli arti superiori, che l'ammalata riguardava come dolori di gotta, essendo essi temporarj, limitati agli arti superiori, e mai attaccando gli arti inferiori.

Prescrizioni. — Salasso dal braccio; il sangue estratto offriva la cotenna.

Quattro ore dopo il salasso, dolore vivo, esteso dalle estremità delle dita fino al cubito del lato sinistro; paralisi del senso e del moto della mano, sconcerti che l' ammalata attribuisce alla operazione della sanguigna, nella quale ella crede potere esser rimasto offeso un nervo.

All' indimani, 24, io potei constatare l' esistenza di una paralisi del senso e del moto, limitata alla mano sinistra. L' ammalata trovavasi nell' assoluta impossibilità di stendere e di fletter la mano; accusava poi dei dolori violenti nelle dita. Io caratterizzava la malattia, una paralisi reumatica della mano, poichè non potendomi spiegare perchè la paralisi della mano senza paralisi del brac-

cio, senza paralisi alcuna dell' arto inferiore, senza emiplegia faciale; perchè una paralisi completa del senso e del moto con dolore, perchè questo insieme di paralisi e di dolore; da tutto ciò arguiva che questa paralisi offerta dalla ammalata avesse la sua sede non nel cervello, ma nei nervi della mano, e che la cagione ne fosse un reuma fissato sui nervi muscolari della mano stessa.

Osservando inoltre, che affatto mancante era il polso dal lato affetto; che piccolissimo era il calibro dell' arteria brachiale, la quale offriva un battito filiforme, e presentavasi dura e sensibile alla pressione, aggiunsi alla suaccennata diagnosi, che la paralisi puramente locale teneva o ad una lesione dei nervi, o ad una lesione del sistema arterioso. Del rimanente, integra mantenevasi, in questa ammalata, la intelligenza; le forze muscolari si sostenevano tanto da permettere il moto di progressione.

Il 25, cangrena senile ben constatata pel colore violaceo della pelle in tutto il tratto dalle dita fino al cubito; non più apprezzabili i battiti dell' arteria umerale, la quale mostravasi dolente in tutto il suo tragitto. Dolenti pure i moti degli arti; il polso affatto insensibile a destra; aberrazione nelle idee; continua il crepitio secco e sonoro nel polmone. — (Decozione di china per bevanda. — Pozione con canfora gr. x.).

Il 26, medesimo stato. — 27, mummificazione dell'arto; l'ammalata domanda il vitto; delirio tranquillo; assenza di polso alle due arterie brachiali; continua il crepitio secco e risonante a destra, ed a sinistra avvertesi la voce tubale. — Difficilissima è la deglutazione. (Pozione con muschio gr. jv, canfora gr. viij.)

28, Cangrena delle ultime falangi della mano sinistra. Mi si riferisce, che l'ammalata era stata agitatissima per tutto il corso della notte, gettando acute strida fino alle 5 ore del mattino, dal qual momento era essa sempre stata fuori di cognizione. Flaccidità di membra; insensibi-

lità generale. Respirazione frequente, senza rantolo. Morte nella giornata.

Necroscopia. — Polmonite doppia. — Bronchite cronica. Enfisema del polmone presso il suo bordo anteriore, caratterizzato da vaste cellule separate tra loro soltanto da delle briglie.

Furono injettate le arterie e le vene degli arti superiori, injezione, che io non saprei riguardare di molta utilità negl'individui, morti per questo genere di malattie, e che anzi riterrei come inconveniente, venendosi per essa a distaccare i grumi sanguigni.

Cuore. — Nel ventricolo sinistro ed in vicinanza al suo apice, ciste fibrosa del volume di una piccola noce, contenente nel suo centro del pus sanioso. Dalla superficie di questa ciste partivano dei grossi prolungamenti fibrinosi, che s'impegnavano nel tessuto areolare del cuore, da cui non lasciavansi distaccare senza che si producesse una lacerazione.

Intatto parvemi che fosse il tessuto proprio del cuore.

Arteria dell'arto superiore sinistro (arto cangrenato). Un grumo sanguigno occupava l'arteria succlavia sinistra presso la sua origine; il qual grumo prolungavasi nelle arterie assillare, umerale, nelle principali branche collaterali, non meno che nella scapulare superiore e cervicale trasversa. La porzione di questo grumo che corrispondeva all'arteria succlavia, conteneva nel suo centro un pus analogo al pus riscontrato nel grumo del cuore. — Il grumo dell'arteria assillare era tubulato, e nella sua cavità esistevano altri grumi sanguigni, sciolti e però molto più recenti di quello nel quale venivano contenuti.

L'arteria radiale era piena di quella sostanza che vi era stata injettata fino al punto in cui detta arteria si riflette sul lato esterno della mano. Egualmente injettata era l'arteria cubitale, e questa, fino all'arcata palmare, la quale per un piccolo tratto mostravasi piena di grumi. La

sezione del sistema arterioso che corrisponde alla mano era in perfetto stato normale.

La mano trovavasi in uno stato di essiccazione, simile a quello che resulterebbe da un calore di forno sulla mano di un cadavere. Essiccati pure erano i muscoli ed i nervi, senza che presentassero la più piccola traccia di cangrena.

La injezione avea inoltre penetrato nelle vene in tutta la loro lunghezza, ed erasi mescolata a del sangue liquido.

Dal lato destro, ove esisteva la cangrena delle estremità delle dita, i grumi cominciavano alla biforcazione della arteria umerale. Vedeasi poi nell'arteria radiale un grumo sanguigno avere arrestato la sostanza injettata; altro piccolo grumo esisteva nella arteria cubitale. Nel resto della loro lunghezza queste due arterie mostravansi affatto libere.

Riflessioni. — In questo caso noi avemmo un esempio di cangrena, sopraggiunta nel corso di una pnemonite; e ben molti altri fatti mostrommi la pratica, nei quali tra l' arterite e la pneumonite altro rapporto non esisteva che quello di una semplice coincidenza. Una giovine di 20 anni mi offerse l' esempio di una cangrena spontanea della totalità di uno degli arti inferiori, soppraggiunta nel corso di una tisi polmonare.

Ciò che ha della singolarità nel summentovato caso, si è, che la cangrena si sviluppasse qualche ora dopo il salasso; su di che, mentre non voglio credere che la sanguigna abbia in conto alcuno, potuto contribuire alla sua formazione, nel tempo stesso ritener non potrei questo compenso come un mezzo preservativo, nè tampoco come un mezzo curativo di questa malattia; io non ho mai visto che esso riescito sia vantaggioso, e poi stanno le più spesse volte a contro-indicarlo e la piccolezza estrema del polso, e l' esinanimento del malato.

Frattanto, uno dei punti che, nella citata osservazione richiamano più specialmente l' attenzione del clinico, si è il modo d' invasione della cangrena, la quale simulò quella specie di paralisi reumatica dolorosa, che comincia dalla pianta dei piedi o dalla palma della mano, e che distinguesi col nome di acrodinia. Ciò che dimostra di quanta difficoltà far si possa talvolta il distinguere la paralisi per sospensione di circolazione arteriosa, dalla paralisi per sospensione di azione nervosa; sul qual proposito ricorderò il caso comunicatomi dal sig. Dott. Montault, e che riguarda un uomo, in età di 64 anni, il quale fu ricevuto nelle sale di chirurgia per dei dolori lancinanti con sensazione di freddo all'estremità digitata del piede destro: furono applicati dei cataplasmi senapati sul piede ammalato; cercossi di risvegliare su detta parte la sensibilità per mezzo dell'ago-puntura. Riusciti vani questi compensi, e sopraggiunta al malato una tisi polmonare, fu esso trasportato nelle sale di medicina, ove non fu riconosciuto il vero carattere della malattia del piede se non che dopo qualche giorno, e solo quando alla insensibilità ed al raffreddamento si aggiunse il color nerastro delle parti. Ora, potrà simile errore costantemente evitarsi, quando si abbiano bene in mente i caratteri distintivi della paralisi arteriosa, cioè la presenza, in tutti i casi, dei dolori vivissimi e del freddo algido, più, il dolore e spesso la durezza lungo il tratto del vaso principale del membro malato.

La parola di cangrena male applicherebbesi, a mio avviso, alla letale alterazione offerta dal nostro caso, alterazione la quale fu disgiunta da qualunque fenomeno di decomposizione putrida, da qualunque cangiamento di colore, per cui, più conveniente sembrerebbemi il distinguerla colla denominazione di *incadaverimento*. Ammirava io poi in questo caso la rapidità estrema della essiccazione delle parti colpite da morte, abbenchè ne intendessi agevolmente la causa nel fatto, che per un lato, le arterie, non por-

tando più sangue nel membro offeso, e per l'altro, conservando le vene ed i vasi linfatici il loro stato di integrità, la essiccazione avvenir dovea con molta prontezza, pel succhiamento dei liquidi che da questa ultima sezione di vasi necessariamente operavasi. Dal che pure ne consequita, che prontissima avvenir deve la decomposizione putrida in un membro, ove raccolta siasi una quantità notabile di sangue e di siero pel trattenuto circolo delle vene e dei vasi linfatici.

Molta oscurità regna ancora nello studio della cangrena, che conseguita alla malattia delle arterie, poichè sempre imperfetta è l' anatomia patologica delle arterie in questo genere di processo morboso: a priori, dir potrebbesi, che tutte le circostanze idonee ad impedire l' arrivo del sangue arterioso in una parte, riguardar si ponno quali cause di cangrena; così, arrecar può la cangrena un debole pulsare del cuore congiunto ad un ostacolo anche leggiero alla circolazione arteriosa, ostacolo, che anche non tanto lieve, verrà sormontato facilmente da un cuore vigoroso. La rapidità o la lentezza con che può effettuarsi l'otturamento delle vene è altra condizione, da cui nascer ponno molteplici differenze nel processo cangrenoso. Nei numerosi esempj da me osservati e letti di cangrena spontanea, non ho mai riscontrato due casi, nei quali la sede e la estensione della obliterazione arteriosa presentasse una perfetta identità; onde è che, per tali fatti numerosi di cangrena spontanea a mala pena potrei stabilire le conclusioni seguenti:

La obliterazione arteriosa può occupare le divisioni del terzo e quarto ordine di arterie, liberi, presso a poco, restando i tronchi principali: può, del pari, estendersi ai tronchi o arterie principali dell' arto, per un tratto più o meno considerevole, rimaste libere le ramificazioni minori, e può riscontrarsi tanto nei tronchi principali come nelle loro suddivisioni. Finalmente, la ossificazione o petrifica-

zione, che non è di alcun tristo resultato per quel che sia circolazione nelle grosse e nelle medie arterie, può farsi una causa diretta di otturamento nelle arterie piccole, abbenchè, in un modo indiretto possa indurre l' istesso resultato e nelle une e nelle altre, divenendo, cioè, causa d' infiammazione della membrana interna, da cui la formazione del coagulo sanguigno.

MALATTIE DELLA PELLE.

(Tavola III.)

Produzione cornee.

Le figg. 1 e 1' rappresentano la mano e l'anti-braccio sinistri di un individuo, sul quale manco affatto di uotizie istoriche. Il sig. Bérard il maggiore favorivami il pezzo patologico, che faceva parte della collezione di Beclard.

La fig. 1 rappresenta la mano e l' anti-braccio visti dal lato della faccia palmare col radio R. ed il pollice P. anteriormente.

La fig. 1' rappresenta la mano e l' anti-braccio visti dal lato della faccia dorsale col bordo radiale anteriormente. P, è il pollice I, l' indice , M, il medio, A, l' anulare, P D, il piccolo dito.

Si ha luogo inoltre di osservare su detta figura, che l'epidermide presenta una disposizione come scabbiosa, che dalla faccia palmare nascono tante produzioni cornee rimarchevolissime, la di cui lunghezza varia da uno a otto pollici, e che tendono a ricurvarsi alla maniera di un corno.

Su queste produzioni, la di cui superficie rugosa e fessa rappresenta con molta verità la corteccia di annosa querce, riscontransi due ordini di linee; alcune dirette nel senso della loro lunghezza, altre disposta circolarmente.

La consistenza di queste produzioni è molto inferiore

a quella delle corna o delle unghie, essendo il loro tessuto un tessuto corneo imperfetto, che tiene il mezzo tra il tessuto corneo normale e le concrezioni epidermoidi, resultanti da una secrezione morbosa puriforme solidificata. Sottoposto alla analisi chimica, detto tessuto non offerse la benchè minima quantità di fosfato calcare, ma bensì dell' albumina, come la si ritrova nel pus.

Mancante affatto di notizie anteriori, io non posso che far delle congetture sulla causa di questa sorprendente produzione (*). Ond'è che, fondandomi sulla analogia, credo potere ammettere, che consecutivamente ad una bruciatura superficiale o in seguito a qualunque altra causa, una irritazione lungamente continuata del corpo papillare avrà determinato uno sviluppo considerevole dell' organo secernente l' epidermide, ed avrà indotto tal modificazione nella vitalità, che in luogo di una secrezione epidermoica, si sarà fatta una secrezione cornea. Questa maniera di spiegazione vien pienamente confermata tanto dalla anatomia comparata (**) come dalla anatomia patologica, colla analogia che esse dimostrano esistere tra l' epidermide, le unghie ed i peli.

Fino da qualche mese risiedeva nelle mie sale, alla Salpetrière, una donna, che presentava alla parte interna delle cosce delle produzioni cornee, conoidi, di un pollice 5 o 6 e mezzo di lunghezza. Queste corna erano evidentemente il prodotto di bruciature con svescicamento, il quale avendo persistito per molti mesi, era stato susseguito dalla formazione di piccole escrescenze cornee. Al suo ingresso nello spedale questa donna avea offerto alla base di ciascun piccolo corno delle ulcerazioni le quali doveansi probabilmente riguardare come originate dall' uso dello scaldino. Impossibile era divenuta la progressione, o almeno dolorosissimi riescivano i più piccoli movimenti; dolore intenso cagio-

(*) Vedete Rayer, Traité des maladies de la peau, Paris, 1835, t. III. P. 640.

(**) Vedete Carus, Traité d' anatomie comparée, Paris, 1835, 3 vol. in 8.° atlas in 4.°

nava pure alla ammalata l'istesso peso delle corna o qualunque benchè leggiero moto che indur vi si potesse. In mezzo a tali sconcerti l' ammalata ricusavasi costantemente alla sezione dei peduncoli delle corna, i quali erano, nella loro metà, già separati per un precesso ulcerativo. Finalmente queste produzioni andarono successivamente distaccandosi, e ne avvenne la perfetta guarigione.

Esaminando attentamente la struttura delle produzioni cornee, si ha luogo di osservare, che nel centro di esse esiste un organo produttore, il quale altro non è che un insieme di papille filiformi in un reciproco e stretto contatto, e disposte come in un cono; che ciascuna di queste papille è l' organo secretore di una produzione cornea singolare, e che dall' insieme di queste produzioni cornee filiformi resulta la produzione cornea totale; ciò che non avviene costantemente, poichè in alcuni casi le papille riunite costituiscono una massa conica sulla quale, come su di una sola papilla, si modella, solidificandosi, la secrezione cornea. Egli è d'altronde evidente, che il meccanismo di formazione delle corna accidentali è identico a quello delle corna, dei denti, dei peli e delle unghie, consistendo in una successione di guaine o cornetti incastrati tra loro, di modo tale che quelli fra questi cornetti i più di recente formati, trovansi a contatto della notata papilla, mentre restano lontani da essa e costituiscono l' estremità libera del corno, quelli che sono di più antica formazione. Questa teoria dà esatto conto della doppia disposizione lineare delle produzioni cornee sì normali che accidentali, cioè delle linee circolari che corrispondono alla base di ciascun cornetto e delle linee che tengono alla disposizione lineare delle papille dell' organo formatore.

Le produzioni cornee si presentano talvolta sotto l'aspetto di lamine cornee. Molte volte riscontrai queste lamine del tutto simili alle unghie, sulle cicatrici delle gambe, e attualmente nella clinica del sig. Hourmann esiste una don-

na, che presenta sulla cute capillata una lamina cornea, di tre in quattro pollici di diametro, e che resulta da molti strati sovrapposti.

Le figg. 2. e 2' rappresentano l' unghia del dito grosso di un piede, sviluppata e ricurvata alla maniera di un corno di becco.

Nella fig. 2 si ha la faccia dorsale dell'unghia, che è levigata e solcata da delle strie paralelle colla concavità posteriore; la porzione della faccia palmare di quest' unghia presentava un aspetto rugoso, ed avea una assai tenue consistenza.

La fig. 2' ne offre una sezione dell' unghia e della falange essiccata: vi si veggono delle linee o strie che attestano la disposizione a lamine dell' unghia; oltre che agevole si rende lo scorgere, che le strie della faccia dorsale sono in rapporto con la detta disposizione lamellare.

Quest'istessa fig. 2' mostra l'intervallo che separa l'unghia dalla faccia dorsale della corrispondente falange, il quale intervallo veniva occupato dal derma e dal corpo papillare, notabilmente sviluppati. E qui agevole è il conoscere quanto i mezzi di sostegno riescir possano insufficienti per un' unghia così lunga; infatti il più piccolo movimento impresso all'estremità libera di essa, venendo comunicato alla radice per un braccio di leva così esteso, determina nelle papille che costituiscono la sua matrice, una scossa dolorosa, che può ancora procurare l' avulsione di questa produzione cornea.

Frattanto, questa ipertrofia dell'unghia (mi sia permessa la espressione) non è, a ciò che io ne penso, da doversi riguardare come lo sviluppo normale dell' unghia abbandonata a se stessa, ma sembrami invece costituire uno stato morboso, che è meno la conseguenza di una incuria in quella parte, di quello che l'effetto di una irritazione esercitatasi sulle papille secretorie; di fatto le unghie ritorte in forma di corno di becco dei diti grossi dei piedi os-

servansi, in special modo, nei vecchi, che sonosi tenuti in letto pel corso di molti anni; nel qual caso sembrami assai probabile, che il peso delle coperte comprimendo le estremità libere dell' unghia, possa determinare, in forza soltanto di questa compressione, uno stiragliamento doloroso sulle papille, da cui una molto più attiva secrezione.

La sezione di queste unghie mostruose offre perfettamente il mezzo a conoscere il modo di formazione dell' unghia normale. Essa ne insegna, che l' unghia resulta da una serie di laminette o di squamme sovrapposte; che la secrezione delle unghie effettuasi in un modo continuo; che le laminette antiche sono incessantemente trasportate verso l' estremità libera dell' unghia, a misura che delle nuove laminette vengono segregate, e che le strie circolari che presenta la faccia dorsale dell' unghia corrispondono al bordo posteriore di ciascuna laminetta.

Finalmente nella morbosa condizione, che è il soggetto di quest' articolo, impossibile si fa qualunque moto di progressione, se pure tentar non si volesse segare con molta precauzione tutta la porzione del corno che sorpassa la polpa del dito che serve ad esso di base.

Fascicolo 54.

MALATTIE DELLE ARTERIE.

Aneurismi.

(Tavole I, II e III.)

Il pezzo rappresentato dalle tavole 1, 2 e 3 fu levato dal corpo di un individuo, morto in età di circa 60 anni, destinato alle manovre di operazioni chirurgiche.

Le tavole 1 e 2 rappresentano il cuore e l'aorta visti all' esterno.

Il cuore è del volume ordinario (tavole 1 e 2). Il ventricolo sinistro non offre alcun segno d'ipertrofia; prova manifesta, che l' alterazione delle arterie può anche, in qualche caso, andare affatto disgiunta ed essere totalmente indipendente dalla ipertrofia sunnotata.

L' aorta, dalla sua origine (figg. 1 e 2) fino al di sotto delle arterie renali mostrasi notabilmente dilatata, oltre al presentare una quantità di protuberanze, le quali, vedremo in seguito, corrispondere a degli aneurismi laterali di questa arteria.

Dilatatissimi sono i seni aortici, ma specialmente il seno aortico anteriore S A, il quale, visto all' esterno, presentasi sotto l' aspetto di un sacco aneurismatico, che spinge all' infuora la corrispondente porzione dell' arteria polmonare; la quale arteria A P vedesi sulla figura, rovesciata in basso. Le due arterie coronarie, la destra A C D

e la sinistra A C S nascono dalla parte la più elevata dei nominati seni aortici.

Sono poi a rimarcarsi e la lunghezza del tronco brachio-cefalico, ed il ravvicinamento alla loro origine dei tre tronchi arteriosi che nascono dall' aorta ascendente.

Le prominenze o tumori dell' aorta, controdistinti dai numeri 1, 1', 1,'' sembrerebbero, di primo tratto, costituire tre tumori divisi; ma vedremo, in breve, che essi appartengono allo stesso tumore aneurismatico. La prominenza indicata col numero 2, appartiene a un secondo tumore aneurismatico; il N:° 3 spetta a un altro tumore aneurismatico situato all' origine dell' arteria renale destra A R D. Il tronco celiaco T C è rimarchevole per la sua straordinaria lunghezza.

L' arteria mesenterica superiore A M S è sede di una dilatazione aneurismatica conoide, dalla quale partono, da un lato, le arterie coliche, dall' altro, le arterie degl' intestini tenui.

La tavola III (fig. 1) rappresenta l' arteria aorta vista internamente: sezionata per la sua parte posteriore, questa arteria vedesi sparsa, in tutta la sua lunghezza, di placche circolari cretacee, giallastre, la di cui superficie, in alcune, mostrasi libera, in altre, ricoperta da una sottil pellicola.

Si ha quindi luogo di apprezzare la profondità dei seni aortici, dai quali nascono le arterie cardiache; di più è a rimarcarsi l'ampiezza delle valvule sigmoide VS, VS, VS, le quali sono incrostate da delle placche di fosfato calcare, a bordi ineguali; e i detti seni aortici non sono punto a ritenersi come aneurismi, poichè le tuniche che gli ricoprono, mostransi nel più perfetto stato d' integrità, nè vi si era riscontrato alcun coagulo sanguigno. Sulla citata figura vedesi pure indicata la continuità delle valvule sigmoidee colle valvule mitrali V M, V M, fatto importantissimo nelle malattie di questi due ordini di valvule, perchè stabilisce una solidalità di lesioni tra le une e le altre,

ciò che non è punto nelle cavità destre del cuore, ove le valvule sigmoidee dell' arteria polmonare sono affatto indipendenti dalle valvule tricuspidali. Finalmente vedesi il ravvicinamento dei tre orifizj arteriosi: cioè, del tronco brachio-cefalico O T B C, dell' arteria carotide primitiva sinistra O A C e dell' arteria succlavia O A S C; i quali orifizj vengono tra loro separati solo per mezzo di una briglia fibrosa.

La sezione dell' arteria è stata operata in modo, da dividere in tutta la loro lunghezza i tumori o prominenze indicate coi N.i 1, 1' e 1'' sulle tavole 1 e 2 (*). In questa sezione, quando si esamini la superficie interna dell'arteria, corrispondentemente alle nominate prominenze, si ha luogo di osservare, che il calibro del vaso non è nè aumentato nè diminuito, e ciò, perchè le dilatazioni o ampolle corrispondenti sono ripiene di grumi sanguigni. Questi grumi, i quali vengono costituiti da tanti strati d'ineguale consistenza, non rilevano punto sulla interna superficie dell'arteria; uno strato apparentemente organizzato, percorso da rughe paralelle, disposte perpendicolarmente all' asse del vaso, rende, in qualche maniera, eguale la superficie interna del vaso medesimo, in tutta quella sezione corrispondente alla dilatazione; e siccome la circonferenza del grumo continuavasi, senza una ben marcata linea di demarcazione colla superficie interna dell'aorta, così, di primo tratto, avrebbe potuto credersi, che l' arteria non fosse ammalata. Nè mai, a vero dire, potei in altri casi rimaner così colpito, quanto in questo, dalla esattezza colla quale mostravansi riempite le breccie vascolari; per cui, a mala pena, potei riconoscere nella superficie interna dell'arteria i punti corrispondenti ai tumori o prominenze osservate sulla superficie esterna, e trovare il rapporto tra i grumi

(*) Per un errore tipografico, sulla tavola III, la cifra 1' corrisponde alla cifra 1'' della tavola I, e la cifra 2' corrisponde alla cifra 1'.

indicati coi numeri 2 e 3 e le prominenze corrispondenti della superficie esterna; nè meno difficile riescimmi il mettere in essere la dilatazione, corrispondente al grumo segnato di N.° 5, situato presso l' orifizio dall'arteria mesenterica inferiore, essendo detta dilatazione così poco pronunziata esternamente, che io nemmanco volli accennarla nelle tavole 1 e 2.

L' incisione dell' arteria mesenterica superiore A M S, mise sott' occhio la permeabilità di questa arteria fino al suo rigonfiamento terminale, il quale mostravasi ripieno di tanti strati sovrapposti, in mezzo ai quali il sangue avea cercato di farsi una strada. Questi grumi stratificati prolungavansi oltre, lungo il vaso, in tutta quella sua porzione, che era sede di una dilatazione morbosa.

La maggior parte dei vasi che nascevano dall' arteria mesenterica superiore, erano obliterati alla loro origine, per la presenza di grumi sanguigni, circostanza che non avea punto indotto aumento di calibro dei vasi stessi, perchè la circolazione erasi mantenuta per le vie collaterali.

La fig. 2 presenta un caso di aneurisma sferoidale della arteria vertebrale destra A A V, nel punto corrispondente alle piramidi anteriori.

La fig. 3 mostra aperto il piccolo sacco aneurismatico, tappezzato da grumi stratificati, e contenente nel centro altri grumi mammellonati; i primi dei quali, chiaramente scorgesi, essere stati compenetrati dal sangue in circolazione, il quale avrebbe terminato col farsi strada nel centro del tumore.

La fig. 4 rappresenta la faccia anteriore della midolla allungata, la quale mostrossi notabilmente depressa, corrispondentemente al tumore; quindi le piramidi anteriori, sulle quali erasi in particolar modo spiegata la compressione, offrivano un colore giallo-chiaro e giallo scuro, resti evidenti di un corrispondente versamento sanguigno.

Riflessioni. — Questo caso offre un esempio di dia-

tesi aneurismatica dell' aorta e di alcune delle sue divisioni; e come le altre arterie non furono osservate, così, non posso in modo alcuno annunziare, se tutto l' albero arterioso avesse partecipato a questa disposizione.

Frattanto è così piccolo, in questo soggetto, lo sviluppo del cuore, che affatto indipendente dalla ipertrofia del ventricolo sinistro ritener si deve l'alterazione riscontrata nelle arterie.

Le placche ossiformi che occupano tutta la lunghezza dell' aorta non han potuto concorrere, se non se in un modo assai indiretto, alla formazione degli aneurismi di questa arteria; e tutti i giorni si riscontrano delle alterazioni anche più rimarchevoli in genere di dette placche, senza la benchè minima dilatazione; di più, in forza di ripetute osservazioni da me fatte su tal soggetto, io ho tutto il fondamento di credere, che se le placche cretacee esercitano una qualche influenza sulla produzione degli aneurismi, ciò addiviene soltanto pel distruggere che esse fanno, in qualche modo, l' equilibrio della resistenza delle pareti arteriose, circostanza favorevole a determinare una dilatazione di tale o tal' altro punto delle pareti del vaso. Ricorderò qui ciò, che su tal soggetto andava io discorrendo nella mia opera (*Essai sur l' an. pathol.* tom. 2, pag. 44). » In questi ultimi tempi, nei quali sonosi riscontrate le alterazioni steatomatose, ossiformi, in prossimità agli aneurismi e nella sostanza stessa delle pareti aneurismatiche, da tale osservazione si è venuti nell' avviso, che a detta alterazione, le più spesse volte, riportar dovessersi gli aneurismi; opinione, quale mentre io ritengo non solo come possibile, ma come probabile, è per me non ancora sufficientemente dimostrata, ed in poche parole io annunzierò, ciò che la osservazione mostravami, vale a dire *le membrane interna e media distrutte in un piccolo spazio, restando la sola membrana cellulare a costituire le pareti arteriose, senza che per questo osservassesi la benchè minima dilatazione del vaso.*

È dunque nella formazione degli aneurismi delle arterie altra cagione che l'alterazione cretacea di esse; nè tampoco detta causa ritener potrebbesi costantemente la ulcerazione, abbenchè circostanza idonea a produrre un indebolimento notabile nella porzione d' arteria che ne è la sede; infatti, perchè non dovrebbero presentarsi dei considerevoli aneurismi in seguito a delle estese lacerazioni di arterie che in alcuni casi han potuto osservarsi?

La sede la più abituale delle alterazioni delle arterie nei vecchi, è non solamente il caudice aortico, ma puranco la porzione addominale di detta arteria, non meno che le arterie iliache primitive; anzi in questa ultima regione riscontraronsi generalmente le alterazioni le più estese; in essa più che altrove offrissi il campo al loro studio e di tutte le loro forme ed a tutti i loro gradi; in essa pure apprezzarsi poterono i rapporti esistenti tra la secrezione della sostanza cretacea o poltacea e le ossificazioni o concrezioni calcaree.

Studiando poi la natura di questa sostanza poltacea delle arterie, molte varietà ebbero a notarsi, 1.° per rapporto alla consistenza, che varia da quella del pus fino a quella cretacea; 2.° per rapporto alla quantità, trovandosi detta sostanza, ora infiltrata, ora raccolta in fuocolari; 3.° a riguardo del colore, il quale, in una varietà di essa, mostrasi analogo a quello della colesterina.

Ed in quanto alla sua secrezione, essa coesiste quasi sempre a delle placche calcaree. Quando poi la sostanza poltacea è rinchiusa da delle concrezioni calcaree, o quando è riunita in fuocolari, ha essa allora una tendenza a farsi strada al di fuori del vaso, sollevando la membrana interna, la quale, ora è sottile, pellicolare, ora grossa e come sparsa di placche cartilaginee, ora lacerata in uno o più punti, formando delle ulceri a bordi sfrangiati, che han sede su degli avanzi ancora riconoscibili della membrana media.

Quali cicatrici di queste ulceri sono per me a ritenersi le placche color lavagna cupo, che riscontransi talvolta tanto sulla

superficie esterna come sulla superficie interna del vaso, estese a tutta la sua sostanza; un altro modo poi di cicatrizzazione consiste in un assottigliamento considerevole dell' arteria, che presenta, nel punto della cicatrice, una specie di prominenza; il quale ultimo modo di cicatrizzazione mi si offerse, non ha guari, nelle arterie iliache primitive di una donna, di 80 anni. La cicatrizzazione era completa su di una di queste arterie, incompleta sull'altra, distrutta appariva la membrana interna; la membrana media mostravasi ridotta in dei resti cretacei di un' estrema tenuità; osservavasi inoltre una convessità o prominenza al di fuori, una concavità, al di dentro; marcati mostravansi i limiti della lesione. Ma questa dilatazione con assottigliamento di pareti non era punto un aneurisma, perchè corrispondentemente ad essa non esistevano grumi sanguigni.

Io lo ripeto, l' influenza delle alterazioni cretacee sulla produzione degli aneurismi ha bisogno tuttora di essere studiata; poichè, mentre detta influenza non può revocarsi in dubbio, resta ancora difficile lo intendere come, in alcuni casi, portate simili alterazioni al loro più alto grado di sviluppo, non vadano accompagnate da dilatazione, mentre in altri casi, si faccian causa di aneurisma.

Negli aneurismi laterali o prominenze rappresentate nelle tavole 1, 2 e 3, le pareti del sacco aneurismatico vedevansi manifestamente resultare dalle tre tuniche arteriose, delle quali la interna e la media erano alteratissime, e la media soprattutto, che avea intieramente perduto la sua distendibilità ed elasticità, mentre le sue fibre erano notabilmente disgregate.

E qui cade in acconcio lo annunziare una modificazione alla teoria dello Scarpa sull'aneurisma, teoria, oggi giorno generalmente adottata, e la quale ammette, che la dilatazione di tutte le tuniche arteriose, o l'aneurisma vero degli autori, non è punto a ritenersi come un aneurisma,

nè tampoco il primo grado di esso; che il vero aneurisma è il resultato costante della distruzione o della rottura delle tuniche interna e media delle arterie, e che il sacco aneurismatico resulta unicamente dalla tunica cellulosa, alla quale vengono successivamente a sovrapporsi ed il tessuto cellulare esterno al vaso e le parti circumstanti.

A questa dottrina adunque, che riguarda ogni tumore aneurismatico come resultante esclusivamente dalla tunica esterna o cellulosa, perchè precedentemente distrutte o manomesse le tuniche interna e media, credo sostituir si debba l'altra dottrina: *che, in generale, qualunque tumore aneurismatico è primitivamente formato dalle tre tuniche arteriose, di cui la interna e la media sono più o meno alterate nella loro struttura; che queste due ultime tuniche mancano soltanto a un periodo più avanzato della malattia; dal che, spesse volte, resultano dei sacchi aneurismatici secondarj.*

Una sola eccezione potrebbe forse venir procurata dai tumori aneurismatici formati dal di fuori all' indentro.

Il primo fatto referibile alla enunciata teoria e che ha scosso la mia confidenza nella opinione di Scarpa, opinione d'altronde sostenuta con molto ingegno dall' Hodgton, è la sottile dissezione di un aneurisma dell' arco dell' aorta, fatta dai sigg. Denonvilliers e Nelaton, i quali ne comunicarono i resultati alla Società anatomica (*).

Il tumore avea perforato lo sterno, a sinistra, tra le estremità interne della quarta e quinta cartilagine costale. Presentavansi dunque e un tumore superficiale, che sollevava il gran pettorale sinistro, e un tumore profondo situato nel mediastino, e del quale il primo non era che una appendice. Il tumore superficiale, o piuttosto la parte superficiale del sacco, avea per parete una sottil membrana cel-

(*) Vedete 5 bullettino, nuova serie, redatto dal sig. Chassaignac, segretario, An. 1834, pag. 133.

lulosa, mentre la parte profonda del sacco stesso offriva l' aspetto, che suol presentare l' aorta dilatata e malata, cioè, delle placche bianche e giallastre, formate, le une da delle concrezioni ossee, le altre, da una sostanza cretacea, ricoperta da una membrana trasparente, che lasciavasi decomporre in tante lamine. Al di sotto di questo primo strato esisteva una membrana più grossa, resistente e di color grigio; finalmente esternamente a quest' ultima trovavasi altra lamina di tessuto cellulare indurito. Questi tre distinti strati poterono rinvenirsi nelle molte sezioni praticate sulle pareti del sacco.

Inoltre, il tumore comunicava coll'aorta per mezzo di un colletto, il quale, agevole riescì di constatare, che veniva costituito dall'addossamento delle pareti dell'aorta e di quelle del sacco aneurismatico, intimamente unite per mezzo di aderenze cellulose; e di più, che aveasi continuità apparente fra le membrane dell' aorta e quelle del sacco. Finalmente potè osservarsi, che le fibre della tunica media dell' aorta avevano esattamente la stessa direzione di quelle della membrana, che suol loro corrispondere nel sacco aneurismatico.

I resultati di questa dissezione avendo dato luogo ad una assai viva discussione in seno della Accademia, io nominai una commissione per procedere ad un esame ulteriore del pezzo patologico. Il sig Berard il giovane, relatore, riportava nei termini qui sotto accennati, le osservazioni della commissione su tal soggetto.

» Se, isolando la tunica esterna dell' aorta, procedasi » fino sul sacco, può asportarsi una membrana cellulosa » continua dall' arteria al sacco, ed allora il colletto viene » a dispiegarsi.

» Tolta la membrana cellulosa e messa così a nudo la » faccia esterna della tunica media dell' aorta, chiara ap- » parisce la continuità tra detta membrana cellulosa e la » seconda membrana del sacco; però, l' aspetto di queste

» due membrane non è perfettamente identico, poichè la
» membrana dell' arteria è grossa, mediocremente consi-
» stente e gialla, mentre la membrana del sacco è più sot-
» tile, condensata, generalmente di un grigio biancastro;
» cangiamento di colore che è ben marcato nella circon-
» ferenza del colletto, eccettuato in una parte, come noi
» accenneremo in seguito. Inoltre, uopo è osservare, che,
» da un lato, la membrana del sacco presenta delle plac-
» che gialle, mentre che, dall' altro, quella dell' arteria
» è, in molti punti, scolorata e assottigliata per un'esten-
» sione di otto a nove linee attorno al colletto; di modo
» che, in questo punto, la membrana media dell' arteria
» continuasi visibilmente colla membrana media del sacco.

» Studiata poi nella sua faccia interna, quest' istessa
» membrana media del sacco vedesi chiaramente continuare
» con quella dell' aorta; quindi, asportati con molta faci-
» lità dei lembi che passano dall' una all' altra di dette
» membrane, il più attento esame microscopico non lasciò
» distinguere la parte, che spettava al sacco da quella che
» era propria dell' arteria.

» Resumendo ora dal già detto, inferir si deve, che
» il sacco aneurismatico vien costituito da tre membrane
» continue colle tre tuniche dell' aorta, e di cui la media
» soltanto offre delle differenze d' organizzazione tra il
» sacco e l'arteria.

» È egli dunque necessario riguardare questo tumore
» aneurismatico come il resultato della dilatazione delle
» tre membrane arteriose? Questa questione non fu punto
» discussa dalla commissione.

In una nota annessa a questo rapporto, il signor Denonvilliers stabilisce, che questo aneurisma, abbenchè presentante la forma propria degli aneurismi per rottura, ciò nonostante, è a ritenersi come costituito dalla dilatazione delle tuniche arteriose. Ma un sentimento di modestia, sempre onorevole, specialmente in un medico giovane, por-

tava il sig. Denonvilliers a scusare la sua opinione su questo fatto particolare, dicendo che il pezzo formante soggetto di discussione, differiva in molti punti essenziali, dai casi descritti e rappresentati dallo Scarpa; e questa differenza, secondo esso, consisteva specialmente nell' aspetto levigato della circonferenza del colletto, il quale, all' opposto, riscontrasi più o meno sfrangiato e irregolare in tutte le tavole dell' illustre anatomico.

Frattanto, questo fatto, sulla di cui autenticità non restavami dubbio alcuno, perchè trovatomi nel caso di verificare l' esattezza delle dissezioni fatte dai sigg. Denonvilliers, Nélaton, Aug. Bérard e da varj altri membri della Società, davami campo a delle assai gravi considerazioni; e siccome ritengo per principio, che nella economia vivente non vi hanno eccezioni; che quelle che tali si dicono, altro non sono che, o delle osservazioni erronee, o la espressione di leggi positive non peranche conosciute; così, dietro il narrato caso davami io a considerare con assai più di premura di quello che per l' addietro avessi fatto, tutti gli aneurismi che alla mia pratica osservazione si presentavano; riportava quindi la mia attenzione sulle mie note particolari riguardanti un tal soggetto, coll' idea preconcepita, che i tumori aneurismatici, da me fin allora riguardati come resultanti dalla rottura delle tuniche interna e media, potesser bene non essere altro se non che dei tumori con dilatazione; nè infatti tardava io molto a raggiungere questa conclusione che, eccettuati i piccoli aneurismi formati dal di fuori all' indentro, tali che gli distingue il Corvisart, tutti i tumori aneurismatici col colletto o senza, resultavano primitivamente dalla dilatazione delle tre tuniche arteriose, e che, più presto o più tardi potendo cedere il sacco aneurismatico in uno od in un altro punto, resultavane, che una parte più o meno considerevole del sacco aneurismatico non tardava a restar completamente sprovvista delle tuniche media ed in-

terna; circostanza, che talora vedevasi pure nel primo periodo della malattia, ma che poi avea luogo necessariamente negli ultimi periodi di essa, sia nel caso del sacco secondario aggiunto al sacco primitivo, sia in quello di assenza del primo sacco. Questo punto della rottura del sacco è quello nel quale le tuniche interna e media sonosi consumate.

Ecco i dettagli offerti dalla dissezione di un certo numero di tumori aneurismatici di questa specie.

Gli aneurismi dell' aorta, come d' altronde gli aneurismi di tutte le arterie, presentansi, A. sotto l' aspetto di ampolle occupanti una parte più o meno considerevole della circonferenza del vaso, ossia, la metà, i due terzi, la totalità di questa circonferenza; B. sotto l' aspetto di sacchi col colletto, aggiunti all'arteria, nella quale essi vanno ad aprirsi per un orifizio più o meno ampio.

Una varietà di questo genere di aneurismi vien costituita dalle ampolle aneurismatiche sormontate da dei sacchi a colletto.

A. 1.° *Aneurismi periferici.* — Gli aneurismi in ampolla ovoide o sferoide, che occupano tutta la periferia del vaso, sono evidentemente formati a spese delle tre tuniche: è questo d' altronde un punto di anatomia patologica generalmente riconosciuto. Questi *aneurismi periferici* cominciano, d' ordinario, immediatamente al di sopra delle valvule sigmoidee dell' aorta e terminano immediatamente sotto l' arteria succlavia sinistra, per cui i tre tronchi che hanno origine dall' aorta ascendente, nascono dall' ampolla, e talvolta ancora dalla parte la più ampia di questa ampolla stessa. In un caso di questo genere, vidi l'origine del tronco brachio-cefalico preceduto da una sorta di prolungamento conoide, di cui la base corrispondeva all' origine del vaso, e la sommità troncata, al tronco brachio cefalico stesso. Una specie di valvula semi-lunare, o specie di colletto rudimentario, vedevasi all' orifizio del vaso.

In un caso presentato alla Società anatomica dal giovane Thouret, l' aneurisma ampollare, periferico dell'aorta, andava congiunto ad una ipertrofia del cuore, la di cui esistenza era stata avvertita, durante la vita dell' individuo, mentre affatto inosservato era passato l' aneurisma. La disposizione di questo aneurisma era nella seguente maniera: immediatamente al di sopra della sua origine, l'aorta dilatavasi in una vasta ampolla, ovoide, la di cui cavità avrebbe facilmente dato ricetto al pugno. Questa vasta ampolla, sgombra da grumi sanguigni, estendevasi a tutto il caudice aortico, e veniva costituita dalle tre tuniche arteriose, le quali lasciavansi separare le une dalle altre, però non senza una qualche difficoltà, e ciò per le aderenze che esse avevano contratto tra di loro, ed in grazia delle trasformazioni, alle quali erano andate soggette: vedeasi infatti la membrana interna come raggrinzata, rugosa, mammellonata, di apparenza cartilaginea; la membrana media avea perduto la sua distendibilità, la sua elasticità, ed avea contratto una marcata densità, una sensibile resistenza, un aspetto fibroso-areolare.

È a notarsi poi in questo fatto, come l'arteria polmonare aderisse tenacemente alla ampolla aortica, avendo le sue pareti subìo già un principio di trasformazione; circostanza che rende possibile la perforazione dell' aneurisma aortico nell' arteria polmonare.

Finalmente era del pari a rimarcarsi, come l' ampolla in un punto avesse ceduto, come in detto punto le pareti del sacco aneurismatico fossero assottigliate, ed ivi meno evidente la loro divisione. È questo il principio di quei sacchi secondarj aggiunti alla ampolla, che le tante volte si riscontrano.

2.° *Aneurismi semi-periferici.* — Vi han degli aneurismi ampollari dell'aorta, nei quali la dilatazione occupa la metà soltanto della circonferenza del vaso (aneurisma semi-periferico); di questo genere ne ho appunto ora uno

sott'occhio, il quale occupa la metà convesse dell'arco dell'aorta, e che prolungasi sull' aorta toracica, fino in corrispondenza alla sesta delle vertebre dorsali, delle quali vertebre due mostravansi profondamente corrose. Il malato avea soccombuto alla emorragia, avvenuta per la rottura del sacco. L' aorta rappresenta con assai di esattezza, la forma di uno stomaco, di cui il gran cul di sacco corrisponderebbe al di sotto dell' origine dei tre tronchi, che nascono dall' aorta ascendente; la piccola curvatura sarebbe alla concavità e la gran curvatura alla grande convessità dell' aorta, la circolazione erasi mantenuta perfettamente dal lato della concavità del vaso: la parte rigonfia dell' aneurisma mostravasi ripiena da un grumo denso e lamellare, il quale mancava affatto nella parte ristretta del semi-ovoide, formato dall' aneurisma stesso. Perfettamente liberi erano i tre tronchi del caudice aortico. Finalmente dissecando l' aneurisma dalla superficie esterna alla superficie interna, mi si appresentò, sotto la tunica cellulosa, la membrana media alterata, grossa, fibrosa, reticolata, indistendibile, inelastica, in alcuni luoghi, corrosa e anche come se perforata da bisturino nei punti più profondamente alterati.

La membrana interna raggrinzata, rugosa, ispessita e sparsa di molte placche cartilaginee.

In questo caso di aneurisma semi-periferico non potrebbe revocarsi in dubbio la presenza delle tre membrane.

3.° *Aneurismi a rilievi.* — Quando l' aneurisma anforico occupa una parte meno considerevole della circonferenza dell' arteria, assume allora la forma a rilievi, tale che viene rappresentata dalle tavole 1, 2, 3. Nel qual caso, la esatta dissezione delle parti dimostra chiaramente, che l' aneurisma vien costituito da tutte e tre le tuniche.

B. 1.° Gli aneurismi a rilievi portano *agli aneurismi circoscritti, o sacchi aneurismatici a colletto,* di cui costituiscono il primo grado.

Se le pareti dell' arteria (prendo sempre l' aorta per esempio) non presentano che in un punto circoscritto le condizioni proprie alla formazione degli aneurismi, questo punto cede nelle sue tre tuniche al tempo stesso; la membrana media si assottiglia in ragione della distensione a cui va soggetta, nè punto si ipertrofizza, ma invece si indebolisce distendendosi in una vasta superficie. Ecco frattanto il modo con che va formandosi il ristringimento anulare che costituisce il colletto del sacco: attorno attorno il nominato punto indebolito dell' arteria, la membrana media resta come aggruppata, essendo ivi stata respinta, mentre il sacco aneurismatico, applicandosi sull' arteria attorno l' orifizio di comunicazione, concorre ad aumentare la spessezza della briglia anulare che presenta questo orifizio: il qual modo di formazione del colletto è pure applicabile ai sacchi aneurismatici secondarj.

Il meccanismo della formazione dei colletti negli aneurismi anforici dell' aorta, è assolutamente eguale a quello da me indicato per gli aneurismi circoscritti o sacchi aneurismatici a colletto. Negli aneurismi ovoidi, siccome il sacco aneurismatico va progressivamente ristringendosi dal centro verso l' estremità, così, havvi in essi mancanza totale di colletto; negli aneurismi sferoidali poi esso riscontrasi a ciascuno degli orifizj di comunicazione coll' aorta; ed in alcuni aneurismi che sono ovoidi in una delle loro estremità, sferoidali nell' altra, non esiste colletto se non che dal lato dell' estremità sferoidale.

Riporterò qui la dissezione di un aneurisma dell'aorta che io ebbi luogo di fare non ha guari, e che sembrami resumere la maggior parte dei caratteri dei tumori aneurismatici.

Questo tumore sporgeva esternamente lungo il bordo sinistro dello sterno per uno spazio compreso tra la cartilagine della seconda e quello della cartilagine della quarta costa.

1.° Questo aneurisma (*) presentava due sacchi, uno primitivo, l'altro, secondario. Il sacco primitivo occupava la porzione ascendente del caudice aortico: il suo limite, dal lato del cuore, corrispondeva a un pollice sotto le volvule sigmoidee; dall' altro lato, lo circoscriveva il tronco brachio-cefalico. Questo sacco avea il colletto solo nella sua estremità la più lontana dal cuore, mentre dal lato di questo viscere, la sua origine era in un modo graduato ed insensibile.

Il sacco secondario nasceva, per mezzo di un colletto o briglia circolare estremamente pronunziata, dalla parte anteriore del sacco primitivo.

Il colletto del sacco primitivo, cioè a dire, l' orifizio di comunicazione del sacco primitivo colla cavità dell'aorta, veniva costituito da una briglia o anello fibroso, specie di diaframma perfettamente circolare, a superficie levigata; la qual briglia o anello fibroso resultava: 1.° dall' aggruppamento delle fibre della tunica media, ricoperta da una lamina appartenente alla tunica interna: 2.° dall' addossamento del sacco e dell' arteria. Quindi il colletto perdevasi confondendosi colle pareti dell' arteria, ogni volta che il sacco aneurismatico veniva separato dall' aorta, sulla quale trovavasi applicato. Il colletto del sacco secondario offriva la più esatta somiglianza col colletto del sacco primitivo: era esso circolare, perfettamente levigato, e costituito da un anello o diaframma fibro-arterioso, se così posso esprimermi, cioè a dire, costituito, nel tempo stesso, e dal tessuto fibroso e dal tessuto arterioso.

In quanto poi alle pareti dei due sacchi aneurismatici, venivano esse costituite nel sacco primitivo, per due terzi della sua estensione, da tre membrane ben distinte, non facili però a lasciarsi separare, cioè, da una membrana interna, raggrinzata, rugosa, mammellonata e sparsa come

(*) Presentato alla Società anatomica dal sig. Bandet.

di tante placche cartilaginee; da una membrana media, che presentava dei caratteri non equivoci di tessuto arterioso, alterato, reticolato, indistendibile, inelastico, fibroso in alcuni punti; finalmente, da una membrana esterna cellulosa. Nel tratto rimanente questo sacco veniva costituito da una membrana, la quale non presentava vestigio alcuno di tessuto arterioso, ma era piuttosto una membrana fibro-cellulosa tappezzata da uno strato pseudo-membranoso assai grosso, rugoso, mammellonato, simulante, di primo tratto, l'aspetto della membrana interna dell' arteria, ma che in fatto altro non era, che un grumo sanguigno condensato.

Le pareti del sacco secondario resultavano quasi esclusivamente da del tessuto fibroso, meno che in prossimità del colletto, ove osservavansi alcune macchie giallastre, traccia probabile del tessuto arterioso. I muscoli intercostali degli spazj secondo e terzo, assottigliati e quasi intieramente fibrosi, facevan parte di questo sacco; entrava pure nella composizione delle sue pareti la cartilagine della terza costa, la quale, soltanto in parte, vedeasi spogliata dal pericondrio, la di cui distruzione non avrebbe tardato a divenir completa, poichè vedeasi questo manomesso e come lacerato su tutta la superficie della sottoposta cartilagine, che nei punti così spogliati di pericondrio, mostravasi profondamente erosa. Profondamente scavata vedeasi pure la porzione di costa che faceva continuazione colla cartilagine suaccennata; il bordo sinistro dello sterno che limitava il tumore, era consumato a scarpa, non restando di esso che la lamina superficiale; e questo consumo avea avuto luogo a traverso il periostio, il quale mostravasi conservato, ciò, che altra volta pure potei riscontrare nei molti casi di aneurismi che si presentarono alla mia osservazione.

Sembrami frattanto, che agli esposti casi di aneurisma possa ravvicinarsi la descrizione di un caso analogo, che la pratica mi offerse, sono ora molti anni (*).

(*) Presentato alla Società anatomica dal sig. Pellettier.

Il tumore, in questo caso, sporgeva a destra dello sterno, da cui avea esso separato la cartilagine della seconda costa, mentre esso stesso veniva separato dalla porzione ossea di questa costa.

Egualmente che nel caso sopra citato, in questo pure esistevano due sacchi aneurismatici: uno, primitivo, periferico, il quale cominciava a un pollice di distanza dall' origine dell' aorta e terminava al di sotto l' arteria succlavia sinistra, di modo tale che i tre tronchi dell' aorta ascendente nascevano dalla parte la più elevata dell' ampolla aneurismatica. Questa ampolla veniva costituita da un guscio osseo, diviso in frammenti, levigati nella loro interna superficie, e articolati per mezzo del tessuto fibroso. Il nominato guscio osseo era evidentemente formato dalle tre membrane arteriose; dalla sua parte anteriore nasceva un tumore a pareti sottili e fibrose, tappezzate dalla fibrina condensata. Consumate mostravansi tanto la cartilagine della seconda costa come essa costa medesima. Un pollice d' intervallo esisteva tra la estremità della costa e la estremità della cartilagine.

Ora, se nonostante questi fatti, un qualche dubbio sorgesse sempre sulla teoria dell' aneurisma per dilatazione delle tre tuniche, il caso seguente, che io ebbi campo di osservare colla più scrupolosa esattezza, sembrami essere idoneo a completare la dimostrazione (*).

Una donna della Salpetrière vien sorpresa da spurgo sanguigno: alla sera, nuovo spurgo di sangue; minaccia d' asfissia; faccia violetta; labbra turchinicce; estremità fredde; dispnea. All' indimani il sig. Dott. Hourmann diagnostica una apoplessia polmonare ed una ipertrofia del cuore. Morte per asfissia a 6 ore di sera.

Necroscopia. — Sangue infiltrato nel tessuto polmonare, alla maniera stessa della apoplessia polmonare; la

(*) Pezzo presentato dal sig. Perrochen, membro della Società anatomica.

pleura polmonare separata dal tessuto del viscere, come nella varietà d'aneurisma conosciuta sotto il nome di aneurisma dissecante: rimarchevole quantità di sangue aggrumato nella cavità della pleura, tanto che il polmone mostravasi respinto e addossato al mediastino, come nel caso di idrotorace. L'origine di questo sangue rintracciavasi in un aneurisma esteso dell'aorta; aneurisma sferoidale, circoscritto da degli anelli o colletti; di questi il superiore corrispondeva all'orifizio dell'arteria succlavia sinistra, e la metà sinistra di questo orifizio concorreva alla formazione del colletto. Il sacco aneurismatico era, in gran parte, ripieno da dei grumi sanguigni, di diversa consistenza; alcuni dei quali aderentissimi alle pareti del sacco, altri separati da queste pareti per mezzo di una sostanza brunastra e come poltacea. Quindi, detto sacco era sparso di placche cartilaginee e di placche calcaree, alcune delle quali intieramente ricoperte da una pellicola, che, in altre, riscontravasi soltanto alla loro circonferenza. Agevole mi avvenne il riconoscere le tre tuniche in quasi tutta la estensione del sacco; potei del pari apprezzare, che a spese soltanto della membrana interna eransi formate e la pellicola e le placche cretacee, e le placche cartilaginee. La membrana media avea subìto la trasformazione fibrosa e presentava la bianchezza serica e la resistenza del tessuto tendinoso: di una disposizione areolare questa membrana presentava, qua e là, delle tracce di una sostanza giallastra, indizj di morbosa secrezione. Intima era, nella generalità, l' aderenza tra la membrana interna e la membrana media. La membrana esterna avea egualmente subìto la trasformazione fibrosa in alcuni punti, nei quali le membrane interna e media erano rimaste distrutte; di più, detta membrana esterna mostravasi in altri punti, come scavata in piccoli calici, ripieni di una fibrina alterata; piccole cavità che altro non sono che il primo grado dei sacchi aneurismatici secondarj. Fra questi eravene uno situato presso il colletto superiore, un altro in vicinanza della perforazione.

Tanto superiormente che inferiormente all' aneurisma, l'aorta presentava delle placche cretacee dell'istesso colore e dell' istesso aspetto di quelle del sacco aneurismatico.

Potrebbe ora obiettarsi alla teoria della dilatazione delle tre tuniche, resa d' altronde valida dai ripetuti fatti in quanto all' arteria aorta, non essere essa applicabile alle arterie di minor calibro; al che risponderò con degli esempj di aneurismi dell' arteria splenica, la quale, spesse volte, dilatasi in ampolla ovoide a pareti cretacee, presentando distintamente le tre tuniche arteriose; e coi due casi di aneurisma dell' arteria mesenterica e dell'arteria vertebrale, rappresentati dalla tavola III.

Fascicolo 55.

MALATTIE DEL CUORE.

(Tavola I.)

1.° *Concrezioni fibrinose purulente, o cisti purulente del cuore; figg.* 1, 1' *e* 1''. — 2.° *Ristringimento dell'orifizio arterioso del ventricolo destro; figg.* 2 *e* 2'.

È uno tra i più rimarchevoli fatti dell' anatomia patologica dei nostri tempi, la presenza nelle cavità del cuore di concrezioni fibrinose, contenenti nel loro centro una sostanza con tutti i caratteri fisici di un pus, ora colore feccia di vino, ora flemmonoso.

La origine di questo pus offre vasto, importante campo alle ipotesi, e molteplici sono i concetti, che a spiegare sì importante quesito si presterebbero. Potrebbe infatti opinarsi.

1.° Che questo pus abbia la sua sorgente da un punto lontano dal cuore, da un organo, cioè, in suppurazione, da cui lascisi materialmente trasportare col sangue fino al centro circolatorio, ed ivi deposto, venir rinchiuso da una ciste fibrinosa.

2.° Che esso possa ingenerarsi primitivamente nel cuore stesso; la quale ipotesi dà luogo alle tre seguenti proposizioni. — α il pus è il resultato di una alterazione chimica sofferta dalla stessa concrezione sanguigna, nel qual caso, la detta alterazione può aver luogo e durante la vita, e nel corso della malattia, e negli ultimi momenti della vita, o dopo la morte; δ il pus è il prodotto di una infiammazione della concrezione sanguigna in seno

della quale risiede; γ finalmente dalla membrana interna del cuore infiammata, il p us vien trasportato nel centro del grumo sanguigno per la capillarità del grumo stesso. — Una parola su ciascuna di queste interpretazioni.

Il trasporto del pus in natura, da una superficie suppurante lontana dal cuore, è un fatto troppo favorevole alla teoria del riassorbimento purulento, perchè i fautori di questa teoria non abbiano dovuto impossessarsene come una prova idonea a convalidare la verità della loro dottrina; ma, nel caso speciale di che si tratta, io non comprendo perchè tal deposito di pus dovesse farsi precisamente nelle cavità del cuore e non, o nel sistema capillare del polmone o in quello di altri organi; di più, se tale fosse a riguardarsi la sorgente delle cisti purulente del cuore, queste cisti dovrebbero facilmente osservarsi in seguito alle ferite, od alle operazioni chirurgiche, ciò, che per quello sia a mia notizia, nemmeno una sola volta fu riscontrato.

Fu dunque il pus formato nel punto stesso in cui lo si trova, dir voglio, nel cuore; ma in questo caso, la sua formazione è ella a riguardarsi come un prodotto chimico, ossia per ragione di una analisi spontanea che avvenuta sarebbe o durante la vità, o dopo la morte? primieramente, una analisi spontanea malagevole riesce a spiegarsi durante la vita, e col movimento da cui il sangue resta compreso; secondariamente, come ammettere che questa analisi spontanea, durante la vità, o dopo la morte, aver potesse per resultato un liquido che non riscontrasi nel sangue, cioè, il pus? Finalmente, le lunghe agonie frequenti ad osservarsi, non vidersi frequentemente consociate o alla presenza di cisti purulente, o a quella di concrezioni polipiformi.

L' altra ipotesi che succede a questa della produzione del pus nel sangue, consiste nel riguardar detto pus come il prodotto della infiammazione delle concrezioni poliformi del cuore. Tale è la opinione del Sig. Legroux, da esso

sostenuta con molto ingegno nella sua dissertazione inaugurale. Egli si fonda principalmente su questa circostanza che il pus, la di cui sede è costantemente il centro di queste concrezioni, presenta una serie di cangiamenti, che attestano una elaborazione successiva; ed in fatti, egli dice, il pus contenuto nel centro dai grumi sanguigni è, da principio, sanioso, quindi giallastro; e la ciste, nella quale esso pus trovasi contenuto, di primo tratto, rudimentaria, il pus restandovi infiltrato, costituiscesi, in seguito, in un sacco a pareti grosse, come negli ascessi ordinari.

Il Dupuytren professava pure l' istessa teoria; ed io, argomentatore nella tesi del sig. Legroux, elevatomi contro questa dottrina della flogosi del grumo sanguigno, ebbi, dopo l' atto, a continuare la discussione coll' istesso Dupuytren, presidente della tesi. Nelle mie argomentazioni io cercava stabilire, che i grumi sanguigni, non essendo organizzati, nè potendo mai organizzarsi, non sono suscettibili d' infiammazione; ed in fatti, in qualunque circostanza in che trovar si possano questi grumi, essi comporteransi sempre come un corpo estraneo, più o meno inoffensivo, e giammai come un corpo suscettibile di esser compenetrato di vita: così, uno strato di sangue interposto tra i due labbri di una ferita, è ostacolo alla riunione immediata di essa; così pure, il sangue versato nelle cavità sierose, o vien riassorbito, o se grande è la sua quantità, delle false membrane si producono per rinchiuderlo e isolarlo dalle parti vicine. Ed abbenchè non sieno a negarsi nelle concrezioni sanguigne dei sacchi aneurismatici le condizioni le più favorevoli alla organizzazione, essendo esse disposte in lamine successive della massima coerenza tra loro, ed a qualche anno ancora estendendosi la loro durata, dall' altro lato però, è un fatto inconcusso, che giammai entro di esse la più piccola traccia di vaso sanguigno potè riscontrarsi; per cui deesi necessariamente ammettere, che qualunque alterazione a cui detti grumi andar possano sottoposti, avve-

nir loro deve dalla superficie esterna. Trovasi di ciò la ragione nello essere detta superficie in rapporto con dei tessuti viventi, col sacco aneurismatico cioè, il quale, nel più gran numero dei casi, segrega un pus più o meno coerente, e talvolta pure di apparenza tubercolare.

Le concrezioni sanguigne dunque non sono viventi, poichè non si nutriscono nè per introsuscezione nè per imbibizione; il loro aumento accade soltanto in forza di una successiva applicazione di nuovi strati, mentre il loro decrescimento è unicamente il resultato di una specie di decomposizione fisica o chimica, e non un atto di decomposizione nutritiva.

Il mio avviso, frattanto, sulla teoria della formazione dei grumi sanguigni del cuore, è precisamente quello stesso che io professava allorchè spiegava la formazione di detti grumi nelle vene e nelle arterie.

In esse infatti, come nel cuore, si è costantemente riscontrato il pus nel centro del grumo sanguigno; mentre a niuno, per quello io mi sappia, tornò a verso di riguardare il pus arterioso e venoso come il resultato della flogosi dei grumi sanguigni aderenti alle pareti vascolari; ed invece si è detto, che questo pus era il prodotto della flebite, trascurando ogni qualunque indagine sulla causa, per cui invece di trovarsi interposto tra la vena ed il grumo sanguigno, come sarebbesi creduto *a priori*, il pus abbia sua sede costantemente nel centro di quest' ultimo; qual circostanza della sede del pus nel centro del grumo, ove la si volesse ritenere come una difficoltà alla teoria della produzione del pus per le pareti vascolari infiammate, a questa prova di fatto io risponderei, che sebbene segregato dalle pareti venose, può il pus, ciò nonostante, andare a raccogliersi in fuocolare nel centro del grumo sanguigno, (*) per dato e fatto della capillarità del grumo stesso.

(*) Quanto io dico applicasi pure alle concrezioni sanguigne che si osservano negli aneurismi falsi parziali del cuore; nè la pratica mancò di mostrarmi dei piccoli fuocolari purulenti sotto le lamine le più profonde del grumo sanguigno scolorato, che riempiva i sacchi aneurismatici.

Ora questa trasmissione per la capillarità non mancherà di effettuarsi, comunque circoscritto sia il punto di aderenza del grumo alle pareti del cuore, cioè in tutti quei casi (e sono i più frequenti) nei quali le concrezioni sanguigne purulente del cuore, invece di essere aderenti per tutta la loro superficie, non lo sono che per un piccolissimo tratto, ritenendo allora una forma peduncolata.

Così, ad ammettere questa trasmissione purulenta niun ostacolo verrà da quegli stessi casi di concrezioni sanguigne poliformi purulente del cuore, libere in tutta la loro superficie e fluttuanti in una delle cavità di detto viscere; poichè, se sciolte da qualunque aderenza dette concrezioni si osservano dopo la morte, non è per questo che tali sieno state sempre, essendo anzi assai probabile, che nel loro principio fossero adese per mezzo di un peduncolo più o meno voluminoso, il quale esser può rimasto distrutto sia per le contrazioni del cuore, sia pel moto del sangue, che è il resultato di dette contrazioni.

I grumi sanguigni ponno formarsi tanto nel cuore, come nei vasi per due ben distinte cause: cioè, per stagnamento del sangue e per infiammazione; *i grumi per ristagno* non sono aderenti alle pareti dei vasi; mentre vi aderiscono i *grumi per infiammazione*. Ora, siccome raramente avviene che il ristagno del sangue per un tratto più o meno esteso, non sia la conseguenza della flebite, così può in essa facilmente riscontrarsi, sia nel cuore come anche nei minimi vasi, dei grumi aderenti accanto a dei grumi non aderenti; circostanza che ha dato luogo alla supposizione, che non sia costante l' aderenza del grumo nella flogosi delle vene (*).

Frattanto, nello studio di questa aderenza dei grumi sanguigni al cuore, uopo è distinguere *l' aderenza meccanica dall' aderenza organica*. Nella aderenza meccani-

(*) I grumi non aderenti non sonosi sempre osservati sgombri dalla presenza del pus.

ca, i grumi sanguigni vengono contenuti da dei prolungamenti, che partendo da essi, vanno a impiantarsi nelle areole resultanti dalla intersezione delle colonne carnose del cuore; nella aderenza organica, il grumo trovasi adeso alle pareti del cuore o del vasò, alla maniera di una falsa membrana; e siccome egli accade soventi volte, che l' aderenza dei grumi venosi nella flebite viene a essere distrutta dalla circolazione venosa collaterale, la quale tende costantemente a ristabilire lo stato regolare, così, a più forte ragione, i grumi sanguigni del cuore ponno rimaner distaccati in qualche tratto della loro circonferenza.

Dal fin qui esposto uopo è dunque concludere, che i grumi sanguigni purulenti del cuore tengono alla infiammazione della membrana interna di questo viscere, in quei punti dove si fa l' aderenza, e che in detta membrana interna ha la sua sorgente il pus centrale dei grumi stessi. Vero però si è, che le sunnotate considerazioni, a stretto rigore ritener non potrebbersi come una dimostrazione; ed è appunto perciò che io limiterommi a riguardare la interpretazione del fatto della presenza del pus nel cuore per la infiammazione delle pareti, come molto più probabile delle altre interpretazioni date su tal quesito.

Riguardo poi ai sintomi che emanare possono dalla presenza delle concrezioni sanguigne, agevole è a concepire, come la loro provenienza debba segnatamente tenere al centro circolatorio ed alla intiera circolazione; poichè tanto sull' uno che sull' altra la presenza di questi grumi sanguigni imprimerà sempre più o meno marcati disordini, ora, cioè, rendendo più o meno difficile l' arrivo del sangue al cuore, ora ostruendo più o meno gli orifizj delle sue cavità; quindi una concrezione distaccata completamente dal viscere, o sivvero che non tenga ad esso che per un peduncolo, può disporsi alla maniera di una valvula, intercettando, in parte, la circolazione, o una volta distaccata dal cuore, venire spinta nell' aorta, o in una delle sue di-

ramazioni, ed ivi inceppare più o meno il corso del sangue. Ma queste non sono che ipotesi, ed ipotesi è tutto ciò che è stato detto sulla sintomatologia di queste concrezioni, la di cui esistenza vidi in molte circostanze essere andata affatto disgiunta da qualunque sintoma, durante la vita dell'ammalato:

Osserverò per ultimo come cosa di una qualche singolarità, che nei casi, d'altronde assai numerosi, di flebite da me osservati, non ho mai riscontrato esistenza di concrezioni sanguigne.

Ecco frattanto la descrizione di alcune di queste concrezioni polipiformi.

1.° *Cisti purulente molteplici del ventricolo destro.* — Sono ora molti anni, che i sigg. Chomel e Gadieux mi rimisero un cuore che presentava le seguenti condizioni: In prossimità della punta del sunnominato ventricolo esisteva una ciste, a pareti biancastre, del volume di una piccola noce, che conteneva una sostanza puriforme, ed alla quale stava adesa altra piccola ciste dell'istessa natura. Queste du cisti aderivano alle pareti del cuore per dei prolungamenti fibrinosi, egualmente biancastri, i quali si approfondavano fra gl' intervalli dei lacerti carnosi. Altre concrezioni meno voluminose esistevano in altri punti; alcune, anche più piccole, non sorpassavano le colonne carnose, altre, costituivano nella cavità dei ventricoli, delle prominenze mammellonate o a cono, a base libera; le prime non erano cave; le seconde contenevano un pus vischioso e rossastro: dalle pareti di queste cisti si otteneva per espressione una quantità di sangue.

Questo caso prova egli, domandava a me stesso, che il sangue sia suscettibile di infiammarsi e di suppurare? Niente di più di quello che nella flebite, la materia puriforme che è situata nel centro dei grumi sanguigni e che riempie in seguito la totalità della vena dopo la disparizione del grumo, provi la infiammazione dei grumi

stessa; niente di più di quello che la sostanza puriforme, che trovasi tra le lamine fibrinose dei sacchi aneurismatici, provi la suppurazione di queste istesse lamine.

2.° *Concrezioni fibrinose non suppurate dei due ventricoli e della orecchietta destra.* — Ventricolo sinistro. — Una colonna cilindrica, elastica, compatta, di color roseo, nasceva dall' apice del cuore per mezzo di una quantità grande di piccole radici intralciate fra il tessuto areolare di questo viscere, prolungandosi quindi nel centro del ventricolo sinistro senza aver contratto alcuna aderenza. Questa concrezione non presentava alcun vestigio di cavità, ed era composta di fibre separabili nel senso della loro lunghezza e non in altri sensi.

Ventricolo destro.—Veniva esso ripieno da una massa che prolungavasi nell' arteria polmonare; la qual massa aderiva meccanicamente alle pareti del cuore per mezzo di tante radici che riempivano il tessuto areolare o cavernoso del cuore stesso, di modo tale che difficile riesciva, di primo tratto, il distinguere le colonne carnose e le loro briglie, dalle concrezioni filamentose che nascevano di tra gl'intervalli loro. Del resto, niuna aderenza esisteva tra le colonne e le morbose concrezioni.

Orecchietta destra. — Era questa ripiena da una concrezione dell' istessa natura che sopra fu detto, la quale erasi modellata sulla sua cavità e che prolungavasi nel ventricolo a traverso l' orifizio auricolo-ventricolare. Il tessuto di questa concrezione era compattissimo, sommamente elastico, di color rosso; e la sua sezione, esaminata colla lente, presentava delle macchie di sangue di diverse dimensioni, che offrivano molta somiglianza colle macchie scorbutiche.

3.° *Concrezione fibrinosa purulenta, avente origine dall' apice del ventricolo sinistro.* — Questa concrezione elevavasi, alla maniera di un fungo, dall' apice del cuore: nasceva per mezzo di tante radici, di cui una tra le

principali riempiva esattamente la piccola escavazione corrispondente all' apice del viscere; piena era la più piccola di queste radici, mentre, la più grossa conteneva nel suo centro una sostanza bianca simile a del pus concreto; la sua circonferenza avea un aspetto marmorizzato; nella sua grossezza riscontravasi una cavità anfrattuosa piena di pus; quindi altra più piccola concrezione esisteva tra il setto e la concrezione precedente, la quale aderiva intimamente alla membrana interna del cuore, tanto che la si sarebbe detta quasi con essa immedesimata; sezionata questa ultima concrezione, presentava nel suo centro una cavità ripiena di pus, ed in prossimità della sua aderenza, le sue pareti mostravansi come macchiate di sangue.

Praticata poi altra sezione che comprendeva, al tempo stesso, e le pareti del ventricolo e le concrezioni, potei apprezzare con qualche esattezza, l' intimità della notata aderenza, la quale mi fece conoscere la esistenza della malattia della membrana interna, e che la concrezione avea servito di filtro al pus.

4.° *Concrezione fibrinosa purulenta occupante in totalità l' orecchietta sinistra.* — Le figg. 1, 1' e 1'', tav. I, rappresentano una concrezione fibrinosa, che riempiva intieramente l' orecchietta sinistra e inviava dei prolungamenti nelle quattro vene polmonari. Questa concrezione offriva, in un punto della sua superficie, una disposizione granulosa (fig. 1'), e conteneva una cavità ripiena di pus (fig. 1'.) Del rimanente, le pareti dell' orecchietta (fig. 1) non offrivano alcuna traccia d' infiammazione, anche corrispondentemente al punto della notata granulazione, mentre aderivano mollemente alla concrezione.

Un poco ristretto era l' orifizio auricolo-ventricolare sinistro.

2.° *Figg. 2 e 2'. — Ristringimento dell' orifizio arterioso del ventricolo destro; ipertrofia di questo ventricolo.*

Il cuore rappresentato dalle figg. 2 e 2' apparteneva a un soggetto, sul quale manco affatto di notizie istoriche.

La fig. 2 rappresenta l' orifizio dell' arteria polmonare O A P. Vedesi questo orifizio marcatamente ristretto in forza di una specie di diaframma, forato nel suo centro in un pertugio regolarmente circolare, avente la forma e le dimensioni di una lenticchia. Questo diaframma, convesso nella sua faccia superiore, concavo nella sua faccia inferiore, offriva, dal lato della prima delle due sue facce, tre briglie separate da tanti piccoli infossamenti o seni.

La fig. 2' rappresenta questo diaframma esteso orizzontalmente tra l' arteria polmonare e il ventricolo destro, che veggonsi aperti. Questo diaframma rimpiazza le valvule sigmoidee, ed è evidentemente formato a spese di queste vulvule stesse.

La fig. 2 rappresenta una forma insolita del cuore; forma insolita che nasce dall' avere il ventricolo destro acquistato un gran volume, e soprattutto una rimarchevole grossezza di pareti: infatti, questo ventricolo invece di essere in uno stato di flaccidità, come per l' ordinario, mostrasi piuttosto come rigonfiato, sferoidale, e la sua ampiezza è molto superiore a quella del ventricolo sinistro. La stessa fig. 2 rappresenta il ventricolo sinistro aperto V S; la sezione della aorta e delle valvule sigmoidee aortiche, quella della valvula mitrale, quella dell' orecchietta; oltre al presentare le dimensioni delle cavità sinistre, le quali non sono punto al di là dello stato naturale.

Nella sezione della fig. 2 vedesi la considerevole iper-

trofia del ventricolo destro V D e la relativa atrofia del ventricolo sinistro; quindi, il setto ventricolare S V, il quale è proporzionalmente meno ipertrofizzato del rimanente del ventricolo destro, ciò che non sarà punto a maravigliare ove per poco si consideri, che la quasi totalità del setto appartiene al ventricolo sinistro, e che nella proporzione nella quale si separano i due ventricoli, un sottile strato del setto appartiene soltanto al ventricolo destro. Del rimanente, la ipertrofia di quest' ultimo ventricolo osservasi non solamente nelle sue pareti, ma nelle sue colonne carnose puranco, nei suoi lacerti tendinosi e nella sua valvula tricuspidale V T C, la quale è divenuta una vera valvula mitrale bivalve. Ora, questa disposizione trovasi sufficientemente spiegata quando si rifletta (Vedete, mia *Anatomia descrittiva* tom. III) che la valvula tricuspidale è veramente bivalve nello stato normale, e che l'ispessimento di questa valvula mostra più sviluppati, senza alterarli, i caratteri che essa ritiene naturalmente.

Riflessioni. — Al primo vedere il diaframma esistente all'orifizio dell'arteria polmonare, formerebbesi l'idea, che esso fosse a ritenersi non altro che il resultato di un vizio di conformazione, tanta regolarità esiste e nel diaframma stesso e nella notata sua perforazione, e tanto difficile riesce il rinvenire la benchè minima traccia di adesione delle valvule sigmoidee. Questa idea infatti è quella che insorse in tutti gli osservatori, che raccolsero casi analoghi al già descritto; e forse potea essa giustificarsi bastantemente in quelli fra questi casi, nei quali gli sconcerti di dispnea e di lesa circolazione esistevano fino dalla nascita, non mai però in quelli nei quali gl'individui che ne costituivano il soggetto avevano offerto sintomi di tale alterazione solo poco tempo avanti la loro morte; di più, ammesso il vizio congenito, ammetter pure si deve come conseguenza necessaria di esso la persistenza del foro del Botallo, considerato

il reflusso inevitabile del sangue dal ventricolo nell' orecchietta corrispondente; e nel genere di lesione di che si tratta, havvi di fatto un piccol numero di osservazioni, che la scienza possiede riunite, la maggior parte, nella eccellente opera del sig. Bouillaud (Traité des maladies du cœur) e che mostrano questa persistenza del foro del Botallo; tra i quali casi uno riportato dal sig. Louis, presentava una comunicazione tra i ventricoli per mezzo di un foro situato all' origine dell' arteria polmonare; altri offrivano come nel caso da me testè descritto, tutta la lesione costituita dal ristringimento dell' orifizio polmonare.

Il modo di otturamento di questo orifizio presenta delle importanti varietà: così, nel caso osservato dal signor Bertin, in quello del sig. Burnet (*journal hebdomadaire*, 1831), il setto otturatore presentava colla maggiore identità, i caratteri della fig. 2, tav. I: » l' orifizio dell' arteria polmonare, » dice Bertin, offriva un setto orizzontale, convesso dal lato » dei polmoni, concavo dal lato dei ventricoli, forato nel » suo centro da una apertura di due linee e mezzo di dia» metro, perfettamente circolare. Questa specie d' *imene* » presentava sulla sua convessità tre piccole ripiegature o » briglie, mentre non vedeasi però in alcuna delle sue facce » il più piccolo vestigio della divisione delle valvule ».

Nel caso del sig. Burnet, » l' orifizio polmonare, di » circa tre o quattro linee di diametro, è completamente » chiuso da una membrana, di un tessuto di color giallo, » elastica, della grossezza di tre fogli di carta almeno, » presentante, dal lato dell' arteria, una convessità, che » scomparisce sotto la pressione, e connessa alle pareti arte» riose per mezzo di tre piccoli lacerti dell' istessa natura » che essa, ed al ventricolo, per un anello ligamentoso » giallastro. Questa membrana è forata nel suo centro da » una apertura ovolare e permanente, di una linea e mezzo » di diametro, la quale apertura presenta un bordo fibroso, » semi-trasparente, biancastro e più sottile del resto della

» membrana; un poco più all'infuora essa viene fortificata
» da un anello, di una consistenza quasi cartilaginea, ine-
» guale, che sporge leggermente sulla faccia inferiore della
» membrana stessa.

In altre osservazioni, la riunione delle valvule sigmoidee non presentasi tanto regolare quanto la si mostrava nei casi succitati, così, il sig. Philouze, oggi medico distinto a Nantes presentò alla società anatomica (*) un caso di ristringimento dell'orifizio dell'arteria polmonare, nel quale le tre valvule sigmoidee riunite, mostravansi notabilmente ispessite ed ossee. Una di queste valvule presentava un prolungamento osseo il quale, avanzandosi al di sotto dell'orifizio fino al centro dell'apertura, contribuiva esso pure al ristringimento: in un'altra valvula poi osservavasi un piccolo foro, nel mezzo della sua porzione più alta.

Il ristringimento dell'orifizio dell'arteria polmonare, fosse egli anche congenito, è sempre il resultato non di un arresto di sviluppo, non di una conformazione primitiva dei grumi, ma *di una malattia*, di una irritazione delle valvule sigmoidee, che ne ha portato al loro ispessimento, alla intima aderenza dei loro bordi liberi, aderenza che, certo, farebbesi completa, senza la incessante contrazione del ventricolo destro, che spingendo il sangue tra i bordi liberi delle valvule, fa sì che ivi aver si debba una più o meno considerevole apertura.

Frattanto, il notato ristringimento domina tutti i cangiamenti a cui possa essere andato soggetto il cuore.

Così, la ipertrofia del ventricolo destro è la conseguenza necessaria degli sforzi raddoppiati di esso ventricolo per cacciare nell'arteria polmonare il sangue che ad esso giunge continuamente, tanto che, in tutti i casi di simil genere soggetti di osservazione, il ventricolo destro eguagliava al-

(*) Vedete Bullettino della Società anatomica. Bibliotec. med. 1826, tomo 3, p. 234.

meno, se non sorpassava in grossezza il ventricolo sinistro, mentre più marcati che in quest'ultimo erano la compattezza, la resistenza, il colore del suo tessuto; e le stesse colonne carnose partecipavano alla sua ipertrofia. Nel caso di Morgagni, *ventriculus sinister forma erat qua solet dexter, vicissim qua sinister; et quanquam hoc latior parietibus tamen crassioribus.* In tutti i casi nei quali il vizio non erasi reso molto manifesto, aveasi ipertrofia senza dilatazione; ora, potè osservarsi il rigonfiamento, ora il ristringimento del ventricolo; nella osservazione del sig. Burnet fu detto, che esisteva *ipertrofia concentrica* delle pareti di questo ventricolo, cioè a dire, che la sua cavità era piccolissima, potendo appena contenere, secondo la espressione dell'autore, la seconda falange del pollice, mentre, nel caso di Bertin, la cavità ventricolare avrebbe potuto contenere un uovo di piccione:

Spiegasi poi la dilatazione con ipertrofia dell'orecchietta destra per l'ostacolo che il ventricolo corrispondente oppone al sangue, che vi affluisce dall'orecchietta medesima; ragione per cui le vene cave puranco deggiono acquistare un marcato sviluppo, e la valvula tricuspidale ispessirsi, ed in qualche caso, divenir cartilaginea ed ossea. Nel caso rappresentato dalle figure 2 e 2' la valvula tricuspidale ingrossata rappresentava la valvula mitrale; in quello del sig. Burnet, questa valvula ingrossata mostrava nel suo bordo libero alcune durezze cartilaginee; nel caso del sig. Louis la valvula tricuspidale, di un color giallastro, ispessita, in special modo, nel suo bordo aderente, offriva in quest'ultimo punto una ossificazione parziale di una linea di grossezza; in quello finalmente del sig. Philouze l'orifizio auricolo-ventricolare destro era ossificato e un poco ristretto.

La persistenza del foro del Botallo fu riscontrata in molte tra le osservazioni del genere di che si tratta. Una tal condizione, come più sopra accennava, deesi necessariamente ammettere nei casi di ristringimento congenito del-

l'orifizio dell'arteria polmonare, abbenchè, non saprei io affatto escludere, che il foro del Botallo possa ristabilirsi posteriormente alla nascita, in forza di un ostacolo congenere a quello che avea contribuito a mantenerlo aperto, durante la gestazione; portandomi anche in tal supposto il vedere in molti soggetti non perfettamente completa l'adesione del bordo libero della valvula che forma il fondo della fossa ovale, per cui la più piccola distensione dell'orecchietta destra aver dee per resultato una tendenza al ristabilimento della comunicazione tra le due orecchiette.

Nel caso del sig. Philouze, da esso presentato alla Società anatomica, noi ricorderemo, come vi si notasse una ampiezza considerevole, enorme, dell'arteria polmonare e delle sue ramificazioni con proporzionale assottigliamento delle sue pareti; ora, questa dilatazione era tale, che le sezioni dell'arteria polmonare presentavano nelle incisioni praticate nel loro tratto corrispondente ai polmoni, l'istesso aspetto delle vene epatiche nelle sezioni del fegato. Io non so, a vero dire, come interpretare questa dilatazione, poichè teoricamente parlando, l'arteria polmonare esser dovrebbe piuttosto flaccida, in ragione appunto dell'ostacolo esistente al suo orifizio, come l'aorta, nel caso di ossificazione delle valvule sigmoidee aortiche.

In quanto ai sintomi, quelli che sono ammissibili per razionalità e che si ritrovano nelle osservazioni, tutte incomplete, è vero, consegnate negli annali della scienza, ridur si ponno ai seguenti: il rumor di soffio per effetto del soffregamento che resulta dal passaggio del sangue a traverso un orifizio stretto, rumor di soffio, che è identicamente eguale a quello proprio del ristringimento aortico; il reflusso del sangue nelle vene cave, e l'infiltramento generale resultante dall'ostacolo che prova il sangue nelle cavità destre; una respirazione incompleta; una cianosi diretta pel miscuglio del sangue nero col sangue arterioso quando persiste il foro del Botallo.

Relativamente al trattamento curativo, esso è puramente sintomatico; ed esser potrebbe preservativo, se ne fosse dato di prevenire e di distruggere l'irritazione, che ha per conseguenza l'ispessimento delle valvule sigmoidee e la loro adesione.

MALATTIE DEL CUORE

Tavola II.

Lesioni di canalizzazione.

Ristringimento dell'orifizio auricolo-ventricolare sinistro.

Il ristringimento degli orifizj del cuore costituisce una fra le più gravi lesioni di quest' organo, e dico fra le più gravi, primieramente per gli sconcerti che la susseguono e che stanno in ragione dell' ostacolo da essa portato alla circolazione; secondariamente, per la difficoltà del metodo curativo. Ma oltre ad essere una tra le più gravi, è ancora disgraziatamente questo ristringimento, una fra le più frequenti lesioni cardiache; ciò che non sorprenderà affatto, ove per poco si considerino gli usi delle valvule nella circolazione, i loro movimenti, gl' impulsi e gli attriti ai quali vanno esse soggette, le variazioni continue nell' intensità di questi impulsi, di questi attriti. Ora, questo ristringimento degli orifizj del cuore, intercettando più o meno la circolazione, porta in campo diversi fenomeni, alcuni dei quali sono relativi alla circolazione propria del cuore, altri, alla circolazione generale.

E qui osserveremo, che i morbosi sconcerti nel genere di alterazione di che si tratta, dipendono esclusivamente non dalla alterazione organica stessa, considerata come lesione organica, ma da circostanze di località, cioè a dire, dall' ostacolo meccanico che il ristringimento degli orifizj arreca alla circolazione; circostanza, la quale mi ha persuaso a dover collocare i ristringimenti degli ori-

fizj del cuore tra *le lesioni di canalizzazione*, indicando con tal denominazione, che la natura della lesione che costituisce il ristringimento, dee riguardarsi sotto un aspetto affatto secondario.

I ristringimenti degli orifizj del cuore sono incurabili di natura loro, poichè, certo, l' arte non ha mezzi idonei a far retrocedere le trasformazioni fibrose, cartilaginee, ossee, dalle quali vengono essi vizj costituiti, o che atti sieno a dilatare meccanicamente gli orifizj; ond'è che lodevolissimo è lo scuopo dei pratici, i quali propongonsi di rimontare alle cause di questi ristringimenti, per poterli prevenire.

Ma gl' ispessimenti fibrosi, cartilaginei ed ossei degli orifizj e delle valvule del cuore tengono essi ad una flogosi di questi orifizj e di queste valvule, e questa flogosi è ella legata a quella della membrana interna del cuore (endocardite)? Questa doppia proposizione è stata sostenuta con molto ingegno e risoluta coll'affermativa dal sig. Bouilland, il quale, sembrami, aver prestato un'opera meritoria alla scienza, stabilendo meglio di quello fossesi fatto fino a lui, la connessione tra il reumatismo, colle malattie delle valvule e colla pericardite. (*)

Però, la questione dell' infiammazione come causa dell' ispessimento fibroso, cartilagineo ed osseo delle valvule del cuore, è un punto ancora controverso e che si riporta alla teoria della trasformazione dei tessuti. Su di che ne sia permesso di osservare: che l' indurimento fibroso, cartilagineo ed osseo delle valvule è spesso consecutivo alla infiammazione; che può venir considerato come una delle sue remote conseguenze, non però come una conseguenza assolutamente necessaria, potendosi avere esiti di tal sorta anche senza precedente stato di flogosi; per cui nella vasta classazione delle irritazioni, tale che aveala concepita

(*) Traité clinique des mal. du coeur; Paris, 1835. 2 vol. in-8, fig. — Recherches sur le rhumatisme articulaire aigu. Paris. 1836, in-8.

il Dupuytren, ammetter dovrebbesi una classe a parte, che sotto il nome *d' irritazione di trasformazione*, comprendesse quella specie d' irritazione, che ha per resultato il passaggio di un tessuto ad un altro.

Relativamente poi alla connessione tra l' indurimento e la infiammazione della membrana interna del cuore, osserverò che, eccettuata la infiammazione delle valvule, che è un fatto incontestabile, quantunque sommamente raro per quello resulti dalla mia osservazione, io non ho mai potuto constatare endocardite sul vivo, nè vederla sul cadavere, mentre conosco questa malattia soltanto pei lavori del sig. Bouillaud; rammentando di più che io non ammetto come prova d' endocardite nè il rossore non vascolare dell' endocardo (sia pure questo rossore violaceo o scarlatto), nè l' ispessimento della membrana interna del cuore, nè tampoco la presenza dei grumi fibrinosi più o meno scolorati, meccanicamente contenuti nelle areole del tessuto proprio dell' organo. Solo annunzierò la mia propensione a riguardare, tutt' al più, come carattere proprio di una endocardite parziale, la presenza del pus nel centro dei grumi sanguigni, che han contratto aderenza colla superficie interna del viscere, nel qual caso, ritengo sempre, come altrove accennava, che l' infiammazione sarebbe a considerarsi unicamente limitata al punto dell'aderenza. Finalmente il solo carattere che ritener potrebbesi come carattere positivo nella endocardite, la presenza cioè, di una falsa membrana vestiente sia le cavità ventricolari, sia le cavità auricolari, questo carattere non presentossi mai alla mia osservazione, e solo in un caso, comunicatomi dal sig. Chomel, riscontrai detta membrana limitata alle valvule dell' orifizio auricolo-ventricolare sinistro.

Frattanto, l' anatomia patologica del ristringimento dell' orifizio auricolo ventricolare sinistro può venir compresa, per la sua massima parte, nello studio dei tre casi qui rappresentati; ai quali aggiungerò la osservazione, che i ri-

stringimenti di questo orifizio possono distinguersi in quei ristringimenti che risiedono nel bordo aderente della valvula mitrale, in quelli che mostransi sul bordo libero di quest' istessa valvula, ed in quelli finalmente che occupano tutta quanta l' altezza della valvula.

Le figg. 1, 1' e 1", offrono un rimarchevole esempio di ristringimento auricolo-ventricolare sinistro per ispessimento della valvula mitrale, a spese della quale eransi formati molti sacchi o cisti, largamente aperti dal lato dell' apice del ventricolo.

La fig. 1 rappresenta l' orifizio auricolo-ventricolare sinistro O A V, visto dal lato dell' orecchietta.

La fig. 1" offre l'istesso orifizio, visto dal lato del ventricolo.

La fig. 1' mostra la valvula mitrale spiegata, previa una sezione verticale del ventricolo dell'orecchietta e della valvula.

Nelle figg. 1' e 1" si han chiaramente rappresentate le cisti ineguali 1 C, 2 C, 3 C, 4 C, formate a spese della valvula mitrale (vedete soprattutto la fig. 1'), cisti le quali, col loro ravvicinamento impediscono, in un modo più o meno completo (fig. 1), il passaggio del sangue dall'orecchietta nel ventricolo. Due, tra queste cisti, quelle, cioè, che son notate, 2 C e 4 C (fig. 1') presentavano una piccola perforazione corrispondente ai punti che si osservano traversati da una setola di majale; alcune erosioni riscontravansi sulle due cisti 1 C e 4 C. Notabilmente ispessiti erano i lacerti tendinosi, che vanno a fissarsi alla valvula mitrale.

Riflessioni. — Il caso indicato da Laennec e da Fizeau sotto il titolo di *dilatazione parziale* o di *aneurisma della valvula mitrale* (*), altro non è che una di-

(*) Bullettin Société de Medecine N.° 14. *Note sur la dilatation partielle de la valvule mitrale* par M M. Laennec e Fizeau. et auscultation mediate tom. II, pag. 529.

sposizione saccata della valvula mitrale stessa, analoga a quella rappresentata dalla tav. II, e di cui Morand (*) aveva già offerto un esempio.

Ora, la formazione di questi piccoli sacchi alla maniera di un dito di quanto, sembrami facile a spiegarsi per la ineguale resistenza dei diversi punti della valvula mitrale, la quale, ricevendo i lacerti tendinosi non solamente nel suo bordo libero, ma sulla sua faccia esterna puranco, può cedere all' impulso del sangue negli intervalli meno resistenti situati tra questi lacerti tendinosi. D' altronde, a spiegar la loro posizione uopo non è lo ammettere una rottura della lamina inferiore della valvula.

La fig. 2 rappresenta il modo più comune di ristringimento della valvula mitrale; si vede, cioè, in essa, che le due valvale, rimaste come contratte e notabilmente ispessite, intercettano tra di loro, per mezzo dei loro bordi liberi, una fenditura trasversale O A V S, o specie di occhiello, alle di cui due estremità vanno a fissarsi per mezzo di un gran numero di lacerti tendinosi, le due grosse colonne carnose del ventricolo sinistro. L' accorciamento dei lacerti è tale, che quasi direbbesi esser la colonna carnosa direttamente adesa alle commissure delle due labbra della nominata fenditura.

Le figg. 3 e 3' rappresentano un modo di ristringimento meno frequente del già descritto. Visto dal lato dell' orecchietta (fig. 3), l' orifizio auricolo-ventricolare sinistro mostra un aspetto scabro di concrezioni lapidee, tubercolose, la di cui ineguale superficie è in parte libera, in parte ricoperta dalla membrana interna. Questo ristringimento è portato al segno, che il piccolo dito penetra assai difficilmente a traverso l' orifizio, dividendo, a mala pena, i piccoli tumori verrucosi formati dalle concrezioni.

(*) Hist. de l' Accad. des Sciences annee 1729, obs. anatom.)

La fig. 3ª mostra l' istesso orifizio auricolo-ventricolare sinistro O A V S, visto dal lato del ventricolo. Vi si scorge la valvula mitrale, la quale, in tutta la sua estensione, è meno alterata che nel suo bordo aderente; quindi scorgonsi alcune concrezioni lapidee prolungarsi entro la sua sostanza.

Per poco che si rifletta sul meccanismo della circolazione del cuore, agevole riescirà il determinare, a *priori*, l' influenza che su tutta la economia esercita il ristringimento dell' orifizio auricolo-ventricolare sinistro: questo orifizio lascia libero passaggio al sangue, durante la sistole dell' orecchietta, mentre resta chiuso dalla valvula mitrale, che sollevasi nel tempo della sistole del ventricolo; da ciò ne consegue, che da un lato, il passaggio del sangue dall'orecchietta nel ventricolo sinistro, si rende più o meno difficile pel ristringimento dell' orifizio di comunicazione tra le due cavità, mentre, da un altro lato, l'immobilità delle valvule indurite ha per resultato il reflusso del sangue dal ventricolo nell'orecchietta, e può anche dirsi, che il sangue ha tanta facilità a passare dal ventricolo nell' orecchietta, quanta dall'orecchietta nel ventricolo. Quindi, intenderassi facilmente, che l'orecchietta sinistra, non potendo sbarazzarsi di tutto il sangue che essa ha ricevuto, dilatasi in proporzione dell' ostacolo indotto dal ristringimento, ipertrofizzandosi poi per dato e fatto delle contrazioni energiche, che resultano dall' anzidetto ostacolo al corso del sangue: così, in tutti i casi di ristringimento auricolo-ventricolare sinistro da me osservati, ho potuto costantemente rimarcare l'eccessiva dilatazione dell' orecchietta, e l'ispesimento delle sue pareti, sia nel suo strato muscolare, sia nella sua membrana interna.

Ora, la circolazione dell' orecchietta sinistra non può rimanere impedita, senza che ne avvenga il reflusso sanguigno nelle vene polmonari; dal che il disordine più o meno grande nella circolazione polmonare, l' ostacolo al

passaggio del sangue dall' arteria nelle vene polmonari, la dilatazione delle cavità destre del cuore, e per conseguenza il reflusso del sangue nelle vene cave e nelle loro dipendenze; mentre che il ventricolo sinistro ricevendo poco sangue, e trasmettendone una quantità proporzionale all' arteria aorta, quest' ultima fassi notabilmente diminuita di calibro, e il ventricolo sinistro stesso poco sviluppato nella sua cavità e nelle sue pareti. I fatti concorrono pienamente a convalidare queste induzioni teoretiche; poichè, in tutti i casi da me osservati, giunta la malattia al suo più alto grado, mi ha sempre offerto: oppressione di respiro portata, in qualche momento, fino a minacciare la soffocazione, pronunziandosi, in qualche accesso, a modo dell' asma; quindi, ortopnea; matità alla regione del cuore, i di cui battiti non offrono un notabile impulso; movimenti tumultuosi di questo viscere; talvolta rumore metallico; faccia violetta; estremità fredde ed anche, in alcuni casi, algide; cianosi generale; edema degli arti inferiori; anasarca; stravasi nelle diverse cavità; polso piccolo, depresso, talvolta insensibile, irregolarmente intermittente; continua minaccia di asfissia, torpore; assopimento asfittico; morte per asfissia o rapida, o graduata.

Alla necroscopia, cuore enormemente dilatato nelle sue orecchiette, piccolo nei ventricoli; talvolta dilatazione semplice delle cavità destre; non costante lo sviluppo del ventricolo sinistro; piccolezza di calibro dell'aorta, stravaso nelle pleure e nell' addome.

Alcuni fatti che qui sotto vo descrivendo metteranno fuori di dubbio questa verità: che, cioè, gli effetti del ristringimento auricolo-ventricolare sinistro si spiegano, in special modo, sulla circolazione polmonare e per conseguenza sulle cavità destre del cuore e sulla circolazione venosa generale.

Primo fatto. — Giacomo Gaillard, di ventun anno, una volta fornajo; fino da qualche mese, lavorante alle

strade, portasi all' Hôtel-Dieu nello stato seguente: faccia tumida, labbra violette, arti inferiori infiltrati, addome tumefatto nelle sue pareti e contenente del liquido nella sua cavità; senso di freddo, che non può rimuoversi per l'azione del calore; marcata oppressione di respiro, in special modo, durante la notte; palpitazioni oscure in una area molto estesa con corrispondente matità di suono (non impiegavasi l'ascoltazione, quando la pratica offerse questo caso); polso tremolante, molle, incerto, ma regolare ed eguale ad ambedue i carpi.

Il malato si estinse in uno stato di soffocazione, nella notte del quinto giorno dal suo ingresso nello spedale.

Necroscopia.—Due o tre litri di siero nella cavità destra del torace; niuno stravaso nella cavità sinistra; polmoni sanissimi; appena due cucchiarate di liquido nel pericardio.

Cuore raddoppiato nel suo volume; condizione che tiene non al ventricolo sinistro, che è piccolo, come piccola è l' aorta, ma alle cavità destre, le quali sono dilatate ed assottigliate; alla orecchietta sinistra, che è parimente dilatatissima, ma senza un proporzionale assottigliamento.

L' orifizio auricolo-ventricolare sinistro non dava accesso alla estremità del piccolo dito. Le valvule mitrali ingrossate, cartilaginee ed ossee, intercettavano fra di loro uno spazio conico, a sommità troncata, diretto dal lato dell'apice del cuore. L'ossificazione delle valvule mostrava una disposizione a frammenti tubercolosi, ineguali, ma sempre rivestita dalla membrana interna.

Secondo fatto. — Una donna di cinquanta anni, asmatica fino da tre anni addietro, con tutti i caratteri dell' aneurisma detto passivo del cuore.

Infiltramento generale; faccia tumida; labbra e guance violette; oppressione di respiro; ortopnea. L' ammalata passa tutte le notti assisa su di una poltrona. Sensazione di violenti battiti all' epigastrio: all' ascoltazione non altro fenomeno, se non che dei battiti oscuri, irregolari; polso

debolissimo, quasi insensibile; la respirazione non è percettibile che alla parte superiore del petto. Vomiti pel corso di quindici giorni, a cui congiungesi l'anasarca, che va gradatamente crescendo fino alla morte dell'ammalata, la quale manca asfittica.

Necroscopia. — Dilatazione *enorme* delle orecchiette; volume naturale dei ventricoli; ristringimento dell'orifizio auricolo-ventricolare sinistro; valvule mitrali raccorciate, cartilaginee, intercettanti un orifizio ellittico, che ammetteva facilmente l' estremità dell' indice; ispessimento dei lacerti tendinosi e trasformazione fibrosa della estremità delle grosse colonne carnose. In stato normale tutti gli altri orifizj del cuore.

Stravaso nelle due pleure, soprattutto a sinistra; da quest' ultimo lato, il polmone non offre l' ottava parte del suo volume; il fegato ingrossato, di color giallastro e rugoso sulla sua superficie; la superficie dello stomaco inegualmente colorita di rosso.

Terzo fatto. — La Beauvais, di sessanta anni, si porta nella infermeria della Salpêtrière il 1.° gennajo 1833, nello stato seguente: respirazione frequente e incompleta; l' inspirazione viene arrestata per un senso molesto come di un corpo estraneo dietro lo sterno; permanente sensazione di soffocamento, che tiene l'ammalata in uno stato sommamente angoscioso; polso quasi insensibile alle radiali; pulsazioni del cuore irregolarissime, senza impulso e con leggiero suono metallico; matità alla regione del cuore, in una area molto estesa; estremità infiltrate e fredde; violette le mani; insensibilità delle dita; scolorata la faccia; le labbra un poco violette; senso di interno freddo; piccolo stravaso nelle due pleure e nell' addome.

Diagnostico. — Riguarda questo unicamente il centro circolatorio. — Ristringimento probabile dell' orifizio auricolo-ventricolare sinistro; cuore aumentato di volume, ma

non atrofico. La respirazione è lesa unicamente per dependenza della circolazione.

Dal 1.° gennajo fino agli 8, giorno della morte, aumento graduato dei fenomeni morbosi; indescrivibile è l'angoscia dell' ammalata, la quale invoca la morte ad ogni momento; abbenchè con respirazione non frequentissima, pure viene essa continuamente minacciata da soffocazione; dice di non poter più respirare, vuole alzarsi, cerca continuamente di variar posizione; lamenti, grida, niun dolore locale; la faccia, che mantiensi scolorata, fa marcato contrasto col lividore delle mani, le quali sono intorpidite; l' anulare destro è nero, violetto, e privo di vita da imporne quasi per una imminente cangrena; il polso manca affatto alle radiali; oscure e languide le pulsazioni del cuore; senso di interno freddo anche al riscaldarsi della superficie cutanea. Gli 8 gennajo, alla mia ultima visita, l' ammalata sembrava non esser più aggravata del solito; nel giorno moriva soffocata.

Necroscopia. — Dilatazione enorme delle orecchiette; un poco di siero nel pericardio; ristringimento anulare fibroso dell' orifizio auricolo-ventricolare sinistro, che ammetter poteva il piccolo dito.

Due litri di siero in ciascuna pleura; polmoni flaccidi, presentanti qua e là una quantità di piccoli fuocolari sanguigni, neri, compattissimi, del volume di una mandorla, attorno ai quali sanissimo mostravasi il tessuto del polmone; infiltramento sieroso di un certo numero di lobuli polmonari.

Alcune cucchiarate di siero nell' addome; fegato voluminoso e granuloso; le granulazioni sono rosse nel centro e grigie nella circonferenza.

L' apoplessia polmonare, l' infiltramento sieroso di un certo numero di lobuli del polmone, non meno che il versamento nelle pleure e nelle altre cavità sierose, sono evidentemente il resultato del ristringimento dell' orifizio

auricolo-ventricolare sinistro. In tutti i casi di ristringimento di detto orifizio da me osservati la membrana interna dell' orecchietta mostravasi notabilmente ingrossata, ed era suscettibile di esser divisa in due lamine assai distinte. Insisto su questo fatto, perchè un giovane medico volle, una tal volta, sostenermi, che la lamina interna era a riguardarsi come una membrana di nuova formazione, una falsa membrana, organizzata come nella pericardite; ma esso non ricordavasi, che anche nello stato di normalità, la membrana interna dell'orecchietta sinistra è notabilmente più grossa di quella dell'orecchietta destra e suscettibile di esser divisa in due laminette.

In seguito, destinerassi un'altra tavola ai ristringimenti dell' orifizio aortico del ventricolo sinistro, e vedremo allora questo ristringimento accompagnarsi dalla ipertrofia e dalla dilatazione del ventricolo sinistro, facili a riconoscersi per mezzo dell' ascoltazione e della percussione; in questi casi, il cuore pulsa violentemente con marcato rumor di raspa o di sega, e la circolazione polmonare e per conseguenza la circolazione venosa generale, va indirettamente influenzata dalla alterazione organica.

Finalmente, ritornando al caso di che attualmente ci occupiamo, farò osservare, che le valvule sigmoidee dell' aorta continuandosi direttamente col setto dell' orifizio auricolo-ventricolare sinistro, accade soventi volte, che detto setto partecipa alla alterazione di dette valvule; ciò che non accade nelle cavità destre, opponendovisi l'esteso intervallo, che separa la valvula tricuspidale dalle valvule sigmoidee dell' arteria polmonare.

MALATTIA DELLE OSSA.

(Tav. III.)

Lesioni di continuità delle ossa. — Lussazione del femore in alto e all' infuora.

Tra i fatti spettanti alla anatomia patologica, ve ne han moltissimi che appartengono ad una natura distruggitrice, altri che riportar si deggiono ad una natura restauratrice. Tra questi ultimi, reclamano, in special modo, la nostra attenzione le articolazioni nuove che si stabiliscono in seguito allo spostamento delle superficj articolari. Nello studio di esse, noi le vedremo supplire, fino a un certo punto, alle articolazioni antiche; ora, appartenere all' istesso genere di quelle le quali son destinate a rimpiazzare; ora, a un genere differente, e ciò, in forza delle deformità contratte dalle superficj in mutuo contatto, e per le vegetazioni ossee che vi si sono ingenerate.

Le nuove articolazioni che succedono alle lussazioni del femore in alto e dall'infuora, sono forse quelle nelle quali il processo di restaurazione è il più perfetto. Ponno esser queste, congenite e posteriori alla nascita; classazione, che non so quanto ammetter si possa sotto il punto di vista dell'anatomia patologica. Dal canto mio, sarei per escluderla affatto, almeno fino a che dei fatti positivi non mi persuadano il contrario. In effetto, una nuova articolazione congenita del femore è un resultato accidentale in rapporto alla vita intra-

uterina, cioè a dire, è l'effetto di uno spostamento congenito, spostamento prodotto da una violenza, la quale avrà costretto il capo del femore ad abbandonare la cavità cotiloidea, e che per esser un resultato di una attitudine viziosa del feto, non per questo sarà meno una violenza esterna. Dietro ciò, ammesso come fatto constatato, che nelle lussazioni congenite esiste spostamento come nelle lussazioni dopo la nascita, ammetter pure dovremo, tanto nel primo come nel secondo caso, una cavità cotiloidea antica allo stato di vestigio, una cavità cotiloidea nuova, più o meno sviluppata, un ligamento capsulare antico esteso lungo il bordo di questa ultima cavità come abbozzata, alle cavità del collo del femore, un ligamento capsulare nuovo, formato a spese delle fibre muscolari del muscolo piccolo gluzio, una deformità più o meno considerevole del capo del femore ec.

Ora da questa identità di condizioni organiche nella lussazione congenita del femore e nella lussazione posteriore alla nascita, conseguita necessariamente, che la riduzione del capo del femore spostato nell' antica cavità cotiloidea, presenta le stesse difficoltà tanto nel primo, come nel secondo caso. Nè io so darmi ragione dei successi, che dicesi essersi ottenuti da dei mezzi ortopedici nel trattamento curativo delle lussazioni congenite del femore, come pure non so spiegare i felici resultati della cura diretta a vincere una lussazione posteriore alla nascita, di data antichissima. Poichè, mentre la cavità cotiloidea antica sformata ed allo stato di vestigio, non prestasi a dar ricetto al capo del femore, più di quello che far potrebbe qualunque altro punto della superficie nell' osso coxale contro il quale andasse ad applicarsi la detta estremità femorale, nel tempo stesso, i ligamenti della nuova articolazione, ordinariamente dotati di somma validità, deggiono opporre una resistenza invincibile a qualunque sforzo di trazione; più, la cavità cotiloidea della articolazione nuova racchiude, talvolta, così tenacemente il capo del femore, il quale,

da un altro lato, viene così tenacemente contenuto dalla capsula fibrosa di nuova formazione, che uopo sarebbe di tanta violenza esterna quanta può impegnarsi a produrre una lussazione, per disimpegnare il capo del femore dalla cavità accidentale, formatasi sulla fossa iliaca esterna, e per vincere la resistenza dei ligamenti antichi e nuovi che ve lo tengono solidamente impiantato. Per tutti i quali riflessi trovomi autorizzato a revocare in dubbio, non la buona fede delle persone che pretendono aver guarito delle lussazioni congenite del femore, ma la verità del fatto considerata la guarigione come una vera riduzione.

Resulta poi dal caso, reso dalla tav. I. del fasc. IV di quest' opera: 1.° che le lussazioni congenite del femore sono l' effetto di una pressione, di una violenza esterna, a cui è andato soggetto il feto nella cavità uterina, pressione e violenza, le quali sono dell' istessa natura di quelle che determinano il vizio di conformazione, conosciuto sotto il nome di piede torto e di mano torta; 2.° che questa pressione ha per resultato non il laceramento, ma l' allungamento della capsula fibrosa. Ora, nel caso, di che qui ci occupiamo, i ligamenti rotondi erano sottili e di una smisurata lunghezza; il capo del femore sformato ed appianato; le cavità cotiloidee, che eguagliavano appena in profondità la cavità glenoide dell' omoplata, permettevano al femore di portarsi intieramente al di sotto di esse; analogo a questo, altro fatto di lussazione del femore mostravami, non ha guari, il sig. Desprez, Ajuto di anatomia, e che si occupa con indefesso zelo di tutto ciò che spetta alle lussazioni del femore.

In questo caso del sig. Desprez, che riguarda una donna adulta, esisteva indipendentemente dalla capsula fibrosa di nuova formazione, l' antica capsula, la quale rivestiva intieramente il capo del femore; dal che se ne inferiva, esser la lussazione congenita.

Del resto, sieno congenite, sieno posteriori alla nasci-

ta, le articolazioni nuove che succedono alle lussazioni del femore in alto ed all' infuora, presentano numerose varietà.

1.° *Varietà di situazione.* — Il capo del femore può esser rimasto situato immediatamente al di sopra la cavità cotiloidea, corrispondentemente alla spina iliaca anteriore ed inferiore; può, del pari, essersi portato, più o meno in alto, nella fossa iliaca esterna.

2.° *Varietà d' incastro.* — La cavità cotiloidea di nuova formazione può esser tanto profonda quanto la cavità cotiloidea antica; e può esser, puranco, superficiale. Nel primo caso, il capo del femore ha conservato il suo volume naturale: la direzione dell' osso è invariabile; i moti di progressione non van congiunti, nell' atto in che il piede, dal lato lussato, appoggia sul suolo, all' accavallamento dell'anca, accavallamento che, d'altronde, potrebbe anche non esser che apparente e dipendere dal moto di ascensione del bacino. Nel secondo caso poi, il capo del femore è sformato, appianato, consumato, talvolta ridotto ad una piccola prominenza; quindi, di una somma tenuità è la capsula nuova, e presenta essa pure dei segni non equivoci di corrosione e di lacerazione. La direzione del femore non è invariabile e l' arto inferiore può prendere alternativamente e la direzione delle lussazioni in alto ed all' infuora, e la direzione ordinariamente in senso inverso delle fratture del collo del femore.

Ecco frattanto i caratteri comuni a tutte le lussazioni del femore in alto ed all' infuora.

Osso coxale. — Ipertrofia in corrispondenza della cavità cotiloidea. — Questa ipertrofia estendesi a tutti i punti dell' osso, che sostengono questa nuova cavità cotiloidea, cioè a dire, a tutti quei punti che, da un lato, trasmettono il peso del corpo al femore, e da un altro lato, ricevono le scosse trasmesse al bacino dal femore stesso.

Atrofia di tutte le parti del bacino che non concorrono, con tanta attività con quanta sogliono per l'ordinario, al meccanismo della stazione e della progressione.—Marcatamente assottigliati mostransi il corpo del pube, la sua branca discendente, la branca ascendente dell' ischio, la metà anteriore del bordo dell' antica cavità cotiloidea. Sensibilmente aumentato è l'intervallo che separa la simfisi del pube dalla spina iliaca anteriore ed inferiore, ciò che nasce, a mio avviso, dallo essersi obliterata l' antica cavità cotiloidea, per cui si è reso necessario, che il diametro trasverso della porzione pubiana dell'osso si facesse più considerevole.

Atrofia della cavità cotiloidea, che trovasi trasformata in una specie di escavazione triangolare, sprovvista di cartilagine, ripiena di adipe, non presentante alcun vestigio di superficie articolare. — Questa atrofia della cavità cotiloidea è dovuta a due cagioni: 1.° allo spostamento del capo del femore ed in virtù di quella legge, che qualunque cavità articolare che non è più in rapporto colla superficie convessa per la quale essa è destinata, tende a obliterarsi; legge la quale estendesi a tutti i canali ed a tutte le cavità ossee, che contengono o nervi o vasi, non meno che agli alveoli dentari, i quali tendono costantemente a ritornare su loro stessi ed effettuano questa tendenza subito dopo la estrazione del dente; 2.° alla formazione della cavità cotiloidea nuova, la quale prende per sede il posto occupato dalla cavità antica.

Un ultimo cangiamento provato dall' osso coxale nel caso di lussazione antica, si è un *cangiamento di forma* che consiste nell' unione ad angolo retto del bordo anteriore dell' osso ileo col corpo del pube, mentre che nello stato naturale, questa unione si fa ad angolo ottusissimo. Ora, tal cangiamento di forma è una conseguenza necessaria della situazione della articolazione nuova, la quale situata corrispondentemente al bordo anteriore dell' ileo, e

non più in rapporto col pube, tende a spingere all' infuora questo bordo anteriore.

Femore. — Il corpo di quest' osso è più o meno atrofizzato nella sua grossezza, raramente nella sua lunghezza e talvolta ancora nel suo tessuto, che di compatto si fa allora spungioso. Non parlerò del cangiamento di direzione, e come il suo asse mostrisi diretto obliquamente dall' infuora all' indentro e dall' alto in basso, e nel senso della sua circonferenza, il bordo esterno dell'osso riguardi come in avanti e la linea aspra all' infuora. Quindi il capo dell'osso mostrasi sprovvisto di cartilagine sulle superficj a mutuo contatto, ed è più o meno deforme e più o meno consumato; il collo è raccorciato e talvolta nascosto da delle vegetazioni, le quali nascono dal bordo del capo dell' osso, per ripiegarsi sul collo stesso, alla maniera di alcuni funghi sul tronco di un albero; talvolta, questo collo mi si è presentato ridotto ad un piccolo tubercolo.

L' articolazione nuova comunica sempre colla antica cavità cotiloidea, e lo spazio che separa le due cavità trovasi incrostato di cartilagine e lubrificato dalla sinovia; di più, questo spazio mostrasi quasi sempre rugoso e tubercoloso, perchè su questo punto muovesi il piccolo trocantere, sformato esso pure per causa dei continui e ripetuti attriti, a cui è andato soggetto.

Capsula fibrosa. — L' antica capsula fibrosa, la quale è rimasta lacerata nella sua parte superiore, in prossimità del bordo della cavità cotiloidea, presentasi come il mezzo principale d' unione tra il capo del femore e la cavità cotiloidea di nuova formazione, ed essa soltanto ritiene, nei primi tempi, il capo del femore a poca distanza dalla antica cavità cotiloidea. Farò, del pari, osservare che il grado di lacerazione di questa capsula, nell'atto della produzione della lussazione, può esser la misura della estensione dello spostamento; così, quando detta lacerazione si estende esattamente a quel grado che servir può a produrre la lussa-

zione, e niente di più, allora il capo del femore resta applicato sul bordo della cavità cotiloidea, al di fuori della spina iliaca anteriore ed inferiore; quindi, lo stesso ligamento rotondo può anche non esser rimasto lacerato o lacerato incompletamente, per cui il raccorciamento dell' arto è poco considerevole, e la lussazione vien detta, ma impropriamente, *incompleta*: quando poi la capsula fibrosa ha sofferto una estesa lacerazione, allora il capo del femore portasi nella fossa iliaca esterna; ampiamente lacerato mostrasi il piccolo gluzio, e considerevole avviene lo spostamento. Ma però non mai tanto, che sia a riguardarsi, al momento della effettuazione della lussazione, come la misura dello spostamento che avrà luogo in seguito; poichè, non è chi non vegga, che per il moto di progressione, la nuova articolazione non essendo ancora formata, e il capo del femore non trovando un punto d'appoggio sull' osso coxale, che non gli offre talora che una superficie pianiforme o leggermente concava, il femore rimontar deve molto più in alto nella fossa iliaca esterna, di quello fosse nel momento dello effettuarsi la lussazione.

Di più, in quest' ultimo caso di vasta lacerazione, la capsula fibrosa di nuova formazione essendo eccessivamente molle, e pianiforme essendo la cavità articolare nuova, l' accorciamento dell' arto non è stabile; poichè, e può allungarlo una leggiera trazione, come accorciarlo notabilmente una forte pressione dal basso in alto: invariabile, del pari, può non essere la rotazione del femore, e può aver luogo dall' indentro all' infuora, come dall' infuora all' indentro.

Una importante osservazione si è, che la capsula fibrosa essendo rimasta lacerata in prossimità del bordo della cavità cotiloidea, tutta la parte superiore di questa capsula trovasi respinta sul collo del femore, ove essa forma una specie di collare, che imprime sulla base di questo collo una profonda solcatura, e la di cui presenza riscontrasi co-

stantemente. Frattanto la tenuità della capsula fibrosa corrispondentemente al punto della sua inserzione e attorno la cavità cotiloidea, non meno che nel punto della sua inserzione femorale, dà ragione della rottura di questa capsula in alto e all'esterno della sua inserzione cotiloidea, sciogliendo in parte il problema della frequenza delle lussazioni in alto e all'infuora, a malgrado la grossezza della capsula fibrosa in tutti i sensi ed in tutti i punti, eccettuato, come sopra avvertivamo, il punto della sua inserzione. La disposizione a modo di collare dell'inserzione inferiore e la presenza delle fibre circolari, dà ragione dell' esistenza del grosso e resistente collare, disposto in bandellette circolari, che riscontrasi nelle lussazioni antiche del femore in alto ed all' infuora.

Finalmente, in questa specie di lussazione, esiste sempre una comunicazione tra l'antica e la nuova cavità cotiloidea, o, ciò che torna lo stesso, tra l'antica e la nuova capsula fibrosa; comunicazione, la quale si fa sempre per la lacerazione che ha subìto la capsula antica nell'atto della lussazione.

Questa lacerazione poi, essendo indelebile, è la circostanza da cui traggon motivo i tentativi fatti per ridurre delle lussazioni antiche, e che spiega i successi di molte pratiche azzardate.

Muscoli. — Il muscolo piccolo gluzio subisce, in tutta quella sua porzione che è in rapporto col capo del femore, una trasformazione fibrosa; a spese di esso formasi la capsula articolare della articolazione nuova, non meno che la cavità nuova, destinata a ricevere il capo del femore spostato, e ciò pel successivo compenetrarsi che fa questo muscolo di gelatina e di fosfato calcare. Allungati e atrofizzati si osservano i muscoli ruotatori della coscia all'infuora; il muscolo psoas-iliaco si aggira attorno il femore, per andare a fissarsi sul piccolo trocantere.

Spiegazione delle figure.

Le figure della tavola III rappresentano una lussazione del femore in alto ed all' infuora, osservata in una vecchia della Salpêtrière, sulla quale manco affatto di notizie istoriche. Questo caso servir potea di tipo pel diagnostico di questo genere di lussazioni: infatti aveasi in esso, raccorciamento dell'arto di due pollici circa; ruotazione dell' arto inferiore all'indentro; marcatissima obliquità del femore all'indentro ed un poco in avanti; ascensione del gran trocantere, e deformità della regione gluzia esterna, la quale vien sollevata da un tumore costituito dal gran trocantere, dal capo e dal collo del femore.

Tolte le parti molli, potemmo vedere allo scoperto (fig. 1) l' estrema obliquità del femore, il di cui asse forma col piano orizzontale, un angolo di 45 gradi; quindi, la sua rotazione sopra se stesso dall' infuora all' indentro, in modo tale che, il bordo esterno del femore riesciva anteriore. Da questo movimento di rotazione attorno il suo asse resultava, che il tendine del psoas-iliaco, per raggiungere il piccolo trocantere aggiravasi, per così dire, attorno il femore; di più, questo tendine che corrispondeva anteriormente alla antica cavità cotiloidea, dalla quale venia separato per mezzo del ligamento capsulare antico, riflettevasi ad angolo retto sul bordo anteriore dell'osso coxale, imprimendo nel punto della sua inflessione, cioè a dire, tra l'eminenza ileo-pettinea e la spina iliaca anteriore ed inferiore, una solcatura profonda: così, il muscolo psoas-iliaco veniva stiragliato per la rotazione del femore, e conseguentemente sollecitato alla contrazione, dal che la flessione della coscia: quella parte poi di azione di questo muscolo che ha per resultato la rotazione all' infuora, non poteva effettuarsi, impedendolo la situazione del femore.

La fig. I rappresenta l' allungamento trasversale e la

tenuità della porzione orizzontale dell' osso coxale: vi si osserva l' obliquità e la lunghezza della branca ascendente dell' ischio e della branca del pube; la larghezza di questa ultima branca, l' aumento delle dimensioni trasversali del foro, ovolare; di più, il vestigio dell' antica cavità cotiloidea; la posizione della nuova articolazione; la prominenza formata dalla nuova cavità, alla parte superiore della quale va a terminare il tendine riflesso del muscolo retto.

Il capo del femore C F veniva perfettamente contenuto nella nuova cavità cotiloidea. Il collo del femore C era cortissimo e come scanalato.

Le figg. 2 e 3 rappresentano l' osso coxale sotto due differenti aspetti; la fig. 2 rappresenta l' osso coxale visto per di dietro: vi si osserva la parte posteriore della nuova cavità cotiloidea N C C, quindi la sua profondità, i suoi rapporti colla parte la più elevata della smarginatura ischiatica colla cresta dell' ileo, colla tuberosità dell' ischio. La fig. 3 rappresenta l' osso coxale visto per d' avanti; l' assottigliamento e l' aumento delle dimensioni trasverse della porzione anteriore di quest' osso; l' antica cavità cotiloidea A C C sprovvista di cartilagine che era stata rimpiazzata dall'adipe, il quale, una volta tolto, dava luogo ad osservare la disposizione spungiosa del tessuto osseo; la nuova cavità cotiloidea N C C, circondata da vegetazioni ossee, fatte più voluminose per un bottone fibroso che rappresentava, fino a un certo punto, la prominenza cotiloidea: questa cavità cotiloidea vedeasi incrostata da una cartilagine scavata per tante piccole erosioni irregolari, superficiali ed angolari E R.

La superficie che separa l'antica dalla nuova cavità cotiloidea è levigata, rivestita di cartilagine, ed è sede di abituali attriti: la porzione del femore che veniva a contatto di detta superficie, è il piccolo trocantere, il quale mostrasi voluminoso e rugoso: il tendine dell' istesso muscolo psoas-iliaco, alla sua inserzione nel trocantere, è lacerato e sfrangiato, per ragione degli attriti a cui è andato sottoposto.

Il capo del femore C F, fig. 4, è deforme ed eroso come la nuova cavità cotiloidea; la sua circonferenza è ineguale ed in qualche modo abbassata sul collo. Il collo stesso cortissimo, presenta superiormente una solcatura che separa il capo del femore dal gran trocantere. La capsula fibrosa nuova, fortissima, può esser divisa in due metà, una superiore ed una inferiore. La metà superiore emisferica e di una rimarchevol grossezza, soprattutto in avanti ed alla sua inserzione femorale, è disposta alla maniera di un collare, fig. 4. C O L, il quale è ricevuto nella solcatura profonda che separa il capo del gran trocantere.

Il collare C O L, il quale è stato sollevato per mezzo di un uncinetto, mostra il colore della tunica propria delle arterie, di cui però non ritiene nè la distendibilità, nè la elasticità, ed è composto di fascetti circolari paralelli. La metà superiore della capsula fibrosa è di nuova formazione e sembrami, in parte, costituita dalle fibre del piccolo gluzio. La metà inferiore della capsula fibrosa della articolazione nuova vien costituita dalla capsula della antica articolazione, estesa dal bordo della cavità cotiloidea alla parte inferiore del collo del femore. Questa metà inferiore della capsula presentava una perdita di sostanza ellittica, che permetteva il contatto immediato del piccolo trocantere col bordo della antica cavità cotiloidea; da cui l' attrito diretto tra il piccolo trocantere che riguardava direttamente indietro, e la parte posteriore del bordo di questa cavità.

Fascicolo 56.

MALATTIE DELLE OSSA.

(Tavola I.)

Lussazione del femore in alto ed all' infuora, sulla parte anteriore della fossa iliaca esterna.

Ho fatto qui rappresentare questa lussazione come una varietà della lussazione in alto ed all' infuora, resa nella tav. III del fascicolo precedente; differendo essa da questa ultima, come vedremo nella tavola I di questo fascicolo, per alcuni dettagli sulla disposizione dei ligamenti della articolazione nuova.

Il soggetto di questa osservazione riguarda una vecchia della Salpêtrière, che soccombè ad un rammollimento cerebrale. Io ebbi luogo di vedere l' ammalata solo per la circostanza della nata alterazione del cervello, nè potei procurarmi alcuna notizia positiva sulla malattia della anca.

Nonostante, avea io diagnosticato una lussazione del femore in alto ed all'infuora. Infatti, vedeasi la punta del piede diretta all' indentro, facilissimi i movimenti di flessione e di adduzione, limitatissimi quelli di estensione e di adduzione. La prominenza formata dalla nuova articolazione era più marcata dell' ordinario, e distante, per un pollice soltanto, dalla cresta dell' ileo, andava congiunta ad un proporzionale accorciamento dell' arto, che era dai due pollici e mezzo ai tre.

Ma qual fu la mia sorpresa al trovare sul cadavere la punta del piede voltata all'infuora! tal circostanza, appunto perchè non avea io studiato che accessoriamente la malattia dell' anca, mi dette a credere, che io avea preso una frattura del collo del femore per una lussazione; traendomi anche in questa ipotesi l'osservare, che l'arto era suscettibile di essere indifferentemente portato, sia nel senso di ruotazione all'indentro, sia in quello di ruotazione all'infuora, disposizione che per l'avanti non aveva io mai riscontrata, tanto nelle recenti come nelle antiche lussazioni, nè tampoco letta negli archivj della scienza.

Frattanto, non intieramente convinto di questa apparente verità, ma, nel tempo stesso, non tanto posseduto dalla prima idea, stavami in una incertezza di giudizio, quando la sezione della capsula fibrosa presentò le cose nel vero loro aspetto, dimostrando, cioè, che trattavasi di una lussazione, nella quale, e la poca profondità della nuova cavità cotiloidea e la lassezza della capsula fibrosa, davano ragione del perchè l' arto poteva essere egualmente portato e nella ruotazione all' infuora ed in quella all'indentro.

Questo fatto poi mostrava chiaramente, che le nuove articolazioni resultanti dalla lussazione del femore in alto ed all' infuora, poteano forse distinguersi in quelle, nelle quali la nuova cavità cotiloidea è tanto profonda e la capsula fibrosa tanto addossata al capo del femore, da mantener quest'ultima in una perfetta immobilità, (tali sono i casi ordinarj, ed in particolare quello reso dalla tav. III del fascicolo precedente); ed in quelle, la di cui cavità cotiloidea superficiale e la capsula fibrosa molto lassa, permettono i movimenti in tutti i sensi, come nel caso di che qui si tratta.

A sostenere questa duplice classazione prestasi una osservazione raccolta nella clinica del Sig. professor Gerdy, e presentata, insieme coi pezzi patologici, alla Società anatomica. Ecco il fatto che la riguarda; un uomo investito

da una ruota di una macchina a vapore, vien da essa gettato sul suolo, dopo che il suo corpo avea descritto nel cadere tre archi di cerchio; le coste di questo individuo si frangono; fratturasi puranco un braccio in più punti; quindi è presumibile una frattura del collo del femore. Di quattro a cinque linee era l'accorciamento dell'arto, il quale mostravasi nella adduzione; la gamba flessa sulla coscia; la punta del piede portata all'infuora; la ruotazione dell'arto era facile dall'interno all'esterno, difficile in senso inverso; scorgevansi poi a traverso alla pelle, corrispondentemente al gran trocantere, delle ineguaglianze, che sembrava appartenessero a una frattura. Alla necroscopia riscontrossi non frattura, ma lussazione del collo del femore in alto ed all'infuora; di più, potè constatarsi, che il capo del femore trovavasi nel punto corrispondente alla spina iliaca anteriore ed inferiore; che i muscoli piccolo gluzio, gemelli, quadrato erano lacerati, come lacerata era del pari la capsula fibrosa nella metà superiore della sua circonferenza, ed in questa lacerazione rimasto come strozzato il collo del femore. Quindi il ligamento rotondo mostrava lacerate le sue fibre più posteriori soltanto, e sane affatto le fibre anteriori. Finalmente le ineguaglianze riscontrate col tatto a traverso alla pelle, appartenevano al bordo anteriore del gran trocantere, la di cui superficie presentavasi rugosissima.

Dall' esame di questi pezzi patologici, offerti alla Società anatomica, alcuni membri di essa, han creduto poter stabilire l' esistenza di una lussazione incompleta del femore, da paragonarsi alla lussazione incompleta dell'umero; opinione da essi giustificata col fatto, che mentre il capo del femore trovavasi all' istesso livello della cavità cotiloidea, appena esisteva accorciamento dell'arto. Sul quale avviso, senza volermi io eriger giudice assoluto, dirò soltanto non potersi a rigore ammettere *lussazione incompleta*, perchè non può esistere lussazione senza lacerazione della capsula e

senza sortita del capo del femore a traverso la capsula lacerata, non eccettuate le stesse lussazioni dell'umero, nelle quali il capo dell' osso, portatosi sul bordo della cavità glenoide, trova ivi come una specie di piano idoneo a riceverlo.

Solo, potrebbe questa distinzione delle lussazioni stabilirsi sulla estensione dello spostamento, il quale può essere e limitato ed estesissimo, secondo che la capsula fibrosa è rimasta più o meno lacerata.

Frattanto, i pezzi patalogici sopra descritti ne mostrano chiaramente, che la resistenza della capsula era il principale ostacolo alla riduzione, poichè tolti di mezzo i muscoli, sommamente difficile riesciva, per mezzo della trazione diretta sul femore, di far penetrare il capo dell'osso nella sua cavità: il bordo della lacerazione formava attorno il collo del femore una specie di collare, che appena presentava le dimensioni necessarie al rimpiazzo del capo dell' osso. Finalmente, nel caso suddescritto avemmo la opportunità di confermare la importanza delle idee del sig. Desprès sulla ruotazione, come mezzo di riduzione delle lussazioni in genere, e delle lussazioni del femore in particolare.

Ciò posto, ecco la spiegazione delle figure della tav. I.

La fig. 1 rappresenta la nuova articolazione vista anteriormente.

La fig. 2 mostra la nuova articolazione, vista per di dietro.

Nella fig. 1 vedesi l'antico ligamento capsulare A L C, esteso dal bordo della antica cavità cotiloidea fino alla base del collo del femore.

Nella fig. 2 vien rappresentato l' antico ligamento capsulare A L C, visto per di dietro, ove esso mostrasi estremamente forte. Al contrario della nuova capsula fibrosa, la quale è fragilissima, e questa sua tenuità è il mezzo per distinguerla dalla capsula antica. La nuova capsula fibrosa

costituisce i due terzi circa di un ligamento orbicolare, formato, in basso, dalla capsula antica, la quale, anzi che mostrarsi atrofizzata, era invece più grossa di quello soglia esser naturalmente; circostanza dovuta alle trazioni continue alle quali era andata soggetta, durante la vita dell' individuo, poichè, pei tessuti fibrosi, lo stiragliamento e la distensione sono una specie di esercizio, che determina in essi una molto più attiva nutrizione. Del rimanente, questa capsula fibrosa antica avea conservato la sua disposizione a cilindro cavo, il quale, come vedremo, avea servito a stabilire una comunicazione tra l'antica e la nuova cavità cotiloidea. Il muscolo piccolo gluzio, a spese del quale erasi formata la nuova capsula fibrosa, mostravasi atrofizzato, ed avea subìto quasi nella sua totalità, la trasformazione fibrosa. In quanto ai muscoli detti ruotatori, piramidale, gemelli, quadrato e otturatore, erano essi diretti in senso sommamente obliquo, dal basso in alto e dall' indentro all' infuora, ed erano atrofizzati. C O L, fig. 1, fig. 2, è la specie di collare, che l' antica capsula fibrosa va a formare sul collo del femore. Sulla quale alterazione ricorderò ciò che io andava osservando sulla tavola III del fascicolo precedente, vale a dire, che la lacerazione di questa capsula fibrosa, facendosi sempre nel punto della sua inserzione sul bordo della cavità cotiloidea, tutta la parte superiore di detta capsula trovasi respinta ed ammassata sul collo dell' osso, ove va a formare una specie di collare, che si aderisce al collo medesimo.

Le figg. 1 e 2 rappresentano il modo col quale il capo del femore sformato e tubercoloso vien ricevuto nella nuova cavità cotiloidea N C C, la quale è superficialissima e rappresenta una vera cavità glenoide.

Le figg. 1 e 3 danno una esatta idea dell'allungamento e dell' assottigliamento che han subìto il corpo e la branca del pube e la branca ascendente dell'ischio; assottigliamento ed allungamento che sono costanti nelle lussazioni del fe-

more in alto ed all' infuora, e di cui ho spiegato il meccanismo nella tav. III del precedente fascicolo.

La fig. 3 ha per oggetto di mostrare l'antica e la nuova cavità cotiloidea, non meno che la disposizione delle parti intermedie. A C C è l' antica cavità cotiloidea sformata, ridotta ad una piccola escavazione, ripiena di grasso, sprovvista di cartilagine. N C C è la nuova cavità cotiloidea ampliata, superficiale, tappezzata, in gran parte, da una cartilagine, e di un aspetto eburneo nei punti non ricoperti da detta cartilagine, e circondata poi da tubercoli ossei. Ad aumentar questa cavità contribuiva un bordo fibroso B C, molto analogo al bordo cotiloideo.

Del resto, la porzione dell' osso ileo che sostiene la nuova cavità cotiloidea, mostrasi sommamente ingrossata e respinta all' indentro, in modo tale che, il bordo anteriore di detto osso resta perpendicolare al corpo del pube. La lacerazione dell' antica capsula fibrosa A L C facea comunicare l' antica colla nuova cavità cotiloidea.

Lo spazio che separa le due cavità cotiloidee è tubercoloso e rugoso: questo spazio consisteva in una superficie, sulla quale poggiava il piccolo trocantere e vi scorreva il tendine del muscolo psoas-iliaco; i quali attriti erano mediati, cioè, per il mezzo dell' antica capsula fibrosa. I nominati tubercoli o rugosità di questo spazio intercotiloideo erano, alcuni rivestiti di cartilagine, altri di essa affatto sprovvisti, e questi ultimi non andavan soggetti ad alcuno attrito.

Rimarchevolissima era la cartilagine d' incrostamento del tubercolo articolare T A.

La fig. 4 rappresenta la parte superiore del femore, di cui il capo C F era appianato, deforme, in gran parte, spogliato di cartilagine, inegualmente consumato e presentante, più quà e più là, delle prominenze, le quali contribuivano a dargli un aspetto leggermente rugoso. Tra mezzo a queste prominenze la superficie del capo del femore mostravasi eburnea; ed i punti ove esso avea sofferto il

maggior consumo, corrispondevano in alto e anteriormente.

La circonferenza poi del capo del femore era verrucosa e tubercolosa, in qualche modo, rovesciata sul collo, ciò che dava tanto al capo che al collo, l' aspetto di un ceppo d' albero, di cui il tronco fosse in parte ricoperto dalla sua chioma. I tubercoli T, T, della circonferenza del capo del femore, erano di nuova formazione; di un color giallastro e sprovvisti di cartilagine erano quelli tra questi tubercoli che non provavano attriti di sorta, mentre una cartilagine rivestiva quelli, fra di essi, che a detti attriti andavan soggetti. E qui farò osservare, come per la formazione delle notate cartilagini d'incrostazione, uopo non è che le due superfici a mutuo contatto, sieno ossee; infatti, in questo caso, una superficie fibrosa confricante una superficie ossea determinò su quest'ultima lo sviluppo della cartilagine.

È poi a rimarcarsi il collare fibroso C O L, formato a spese dell' antica capsula. Abbenchè giallo, il suo tessuto è ben lontano dal mostrare alcuno dei caratteri del tessuto giallo elastico: su di che devo fare osservare, che gli anatomici danno, talvolta, con troppa facilità, il nome di tessuto giallo a delle parti fibrose, le quali non hanno col tessuto giallo elastico altra analogia che il colore. Infatti, aveasi nel nostro caso, il color giallo, ma non aveasi nè distendibilità, nè elasticità. Vedeasi poi questo collare imprimere sul collo del femore una profonda solcatura, e agevole riescimmi lo avvertire, che il moto di scivolamento facile esser dovea tra di esso e la corrispondente superficie del collo, e che i movimenti di ruotazione del femore avean luogo, non solo tra il capo di quest' osso e la cavità cotiloidea, ma puranco, tra il collo ed il suo collare.

Sulla formazione di questo collare ripeterò ciò, che più sopra andava accennando: cioè, che nella lussazione del femore in alto ed all' infuora, la capsula fibrosa, soffrendo una lacerazione nel punto della sua inserzione cotiloidea, resta

essa, in tutto il tratto della sua larghezza, come ammassata e raggrinzata sul collo dell' osso; che gli stiragliamenti e gli attriti, ai quali va detta capsula sottoposta, contribuiscono ad aumentarne il volume, mentre lo scivolamento nel senso di ruotazione, le dà quella disposizione a fascetti circolari, disposizione, la quale sembrami esistere costantemente nelle lussazioni del femore in alto ed all' infuora.

Così, anche da questo fatto, chiaro apparisce, che tutti i cangiamenti operati nelle ossa, nei ligamenti, nei muscoli, in seguito alle lussazioni del femore in alto ed all' infuora, trovano una facile spiegazione nella esatta valutazione delle condizioni nuove, nelle quali stanno le parti già lussate.

MALATTIE DEL CUORE.

(Tavole II e III)

1.° *Cancro del cuore.* — 2.° *Pericardite tubercolosa; degenerazione tubercolosa del cuore.*

La presenza della materia cancerosa nelle vene è un fatto ormai reso incontrastabile dalle tante e ripetute osservazioni, di che la pratica ha fornito chiunque siasi dato allo studio della anatomia patologica.

Ma non così della presenza nelle vene stesse di tumori cancerosi, nascenti per mezzo di un peduncolo o per più peduncoli dalle pareti venose, alla maniera stessa, che se sorgessero da qualunque altra superficie libera, poichè la esistenza di tali tumori è un punto di anatomia patologica, sul quale non si hanno ancora che ben poche nozioni, mentre, quanto il primo fatto, reclama essa tutta l'attenzione del patologo.

I tumori cancerosi delle vene si dividono in due specie ben distinte: una di queste, ed è la più frequente a riscontrarsi, comprende quelli che altro non sono che un prolungamento di tumori cancerosi esterni al vaso, di cui hanno attaccato le pareti, per penetrare e svilupparsi nell'interno di esso. Gli altri nascono da questa superficie interna, senza avere alcuna connessione di continuità con altre alterazioni analoghe, che esister possano all'esterno del vaso.

Frequenti, come di sopra accennava, sono i tumori della prima specie; così, nei cancri del corpo dell'utero,

soventi volte mi avvenne di osservare le glandule lombari degenerate risiedenti attorno la vena cava ascendente, estendersi alle pareti di questa vena e prolungarsi nella sua cavità. Un' altra osservazione poi spettante a questi tumori risguarda il contrapposto, che io, più volte, ebbi luogo di notare, tra l'aorta e la vena cava come sede di essi; l'aorta, infatti, abbenchè circondata da un numero assai più grande di glandule, di quello che sia la vena cava, ed abbenchè talvolta si mostri come sepolta in mezzo a queste glandule degenerate, l' aorta, io dico, sottraesi costantemente alla degenerazione, mentre che frequentemente avviene l' osservare la vena cava andarne completamente attaccata, in seguito della alterazione di una sola delle glandule che l' avvicinano. La diffusione dunque per continuità di tessuto della degenerazione cancerosa alle pareti venose, è un mezzo potente, a mio avviso, d' infezione generale; infatti, credo, che a detta circostanza riportar potrebbersi molti casi di chachessia cancerosa; ed in un caso da me recentemente osservato, mi avvenne di riscontrare congiuntamente a delle masse cancerose nel fegato e nei polmoni di una donna morta di cancro uterino, quattro o cinque glandule cancerose aderenti alla vena cava ascendente, una delle quali aveva, in qualche modo, traversato le pareti del vaso, e sporgeva marcatamente nella sua cavità.

Altri esempj di tumori cancerosi peduncolati delle vene, meritano di esser qui riportati.

Thouret il figlio presentò alla Società anatomica la vena cava superiore di un individuo, morto con tutti i sintomi del cancro dello stomaco, e che offriva, infatti, alla necroscopia, una ulcerazione considerevole della estremità pilorica di quest' organo. — Un tumore canceroso areolare, mobile, stava adeso all' epiploon per mezzo di un sottil peduncolo. — La vena cava superiore mostravasi completamente obliterata per la presenza di un tumore carcinomatoso, il quale nasceva dalla sua interna superfi-

cie. Questo tumore, dopo avere attaccato le pareti della vena, continuavasi con altro tumore dell'istessa natura, risiedente esternamente tra questa vena ed il polmone. = Dai quali guasti facili riescono a concepirsi i disturbi nella circolazione venosa.

In un individuo morto con una degenerazione cancerosa dei muscoli e del tessuto cellulare della spalla trovai i vasi assillari sviluppati e compressi, in tutti i sensi, dalle parti degenerate. In stato normale era l' arteria assillare. La vena assillare conteneva nella sua cavità delle concrezioni, alcune delle quali colorite di rosso, altre scolorate e che io, di primo tratto, ritenni come concrezioni sanguigne. Nè mal mi apponeva in quanto alle concrezioni colorite, mentre le altre vedevansi manifestamente aderire alle pareti della vena.

I mezzi poi di questa aderenza erano, in parte, di tal natura, quali esser sogliono i resultati di una infiammazione adesiva, accidentalmente insorta nelle parti sane del vaso; mentre, in altri punti, venivano essi costituiti da molte radici, da cui resultava il peduncolo di queste concrezioni, e le quali altro non erano che tanti fascetti di filamenti insieme aggruppati. La loro origine proveniva da un punto del vaso che mostravasi degenerato, ed in questo punto potea facilmente scorgersi la comunicazione delle notate concrezioni interne alla vena, colla degenerazione circumstante ad essa.

Altro caso simile al già descritto risguardante la vena giugulare, fu presentato alla Società anatomica a nome del sig. Lisfranc. In esso, un tumore carcinomatoso erasi sviluppato in prossimità della parte superiore della vena giugulare interna ed avea spinto entro la cavità di questa vena un prolungamento cilindrico considerevolissimo.

Nella categoria dei tumori cancerosi peduncolati nati dalla superficie interna della vena, ma indipendenti da qualunque tumore esterno, merita di esser classato il fatto se-

guente, che io devo allo zelo del sig. Dott. Hudellet, medico a Bourg, il quale favorivami insieme col pezzo patologico la illustrazione che lo riguarda. Costituisce esso il soggetto della tav. II e della fig. 1 della tav. III di questo fascicolo.

Giorgio Cutter, in età di 34 anni, guastatore nella terza compagnia, nativo di Schelestadt (Basso-Reno) reduce d'Algeri, avea passato la più gran parte del suo servizio militare in prigione ed alla sala di polizia.

Portava egli corrispondentemente alle due parotidi ed estesi fino alla laringe, due tumori, della grossezza del capo di un feto a termine; di questi due tumori il sinistro mostravasi più voluminoso del destro, ma tutti e due rendevano somma molestia al respiro, e facevano quasi inintelligibile l'articolazione dei suoni. Sottoposto, per il passato, a molte malattie veneree trattate col mercurio, quest' uomo facea rimontare soltanto a 18 mesi addietro la comparsa dei nominati tumori. Esso presentava un abito di corpo sufficientemente nutrito; entrava allo spedale il 20 febbrajo 1837, e cessava di vivere per morte istantanea, il 22 dell'istesso mese, dopo un pranzo abbondante.

Necroscopia. — I due tumori parotidei erano di natura cancerosa; formati a spese delle glandule parotidi, delle quali stavano ad occupare il posto, poggiavano essi anteriormente sulla branca della mascella, respingendo in dietro il muscolo sterno-mastoideo, e comprimendo i muscoli al di sotto l' osso joide, i quali erano induriti, stridevano sotto il taglio e mostravano tutta l' apparenza di una imminente degenerazione. La sezione poi dei nominati tumori offriva una superficie omogenea di un tessuto lardaceo, il di cui centro presentava, a sinistra, una piccola cavità ripiena di pus.

Perfettamente sane, meno che un poco ingrossate, erano le glandule sub-massillari e sublinguali; niun vestigio delle glandule parotidi.

Il corpo tiroideo un poco più voluminoso dell'ordinario, conteneva alcune granulazioni pisiformi.

In stato normale lo stomaco e gl' intestini. Le glandule mesenteriche voluminose, e alcune di esse con nel centro delle tracce di suppurazione: — Sano il pancreas.

Sano il cervello.

Sanissimi i polmoni, senza, cioè, alcun tubercolo e solo inzuppati di sangue.

Il cuore rappresentato nella tav. II, figg. 1 e 2, e nella tav III, fig. 1 offre le seguenti particolarità.

La fig. 1 mostra largamente aperti il ventricolo e l' orecchietta dal lato destro. L' orecchietta destra O D A vedesi ripiena da una massa cancerosa M C, lobulosa, che prolungasi, per una parte, nella vena cava superiore V C S ove terminasi in una estremità ottusa M''' C''', da un' altra parte, nella vena cava inferiore V C I, ove parimente finisce in una estremità ottusa M''' C''', prolungandosi quindi per entro l' orifizio auricolo-ventricolare, ove presenta una superficie globulosa M' C' e riempie lo spazio infundibuliforme, rappresentato dalla valvula tricuspidale.

Una quantità di tubercoli T T T occupano il tessuto cellulare che ricuopre la vena cava ascendente e la porzione ascendente dell'arco dell'aorta. Questi tubercoli sono irregolari, alcuni convessi, altri concavi, modellandosi sulla convessità del sottostante vaso.

La fig. 2 rappresenta l' orecchietta destra largamente aperta, e il tumore T C disimpegnato dall' orifizio auricolo-ventricolare e dalla vena cava inferiore: vi si può osservare il volume di questo tumore, la sua disposizione lobulosa, o, a mammelloni, la profondità e la irregolarità dei solchi che separano questi lobuli o mammelloni, le macchie sanguigne che presenta la loro superficie, quindi la massa di lobuli che si approfonda nella cavità, formata dalla valvula auricolo-ventricolare e il grosso mammellone M'' C'', che impegnavasi nell' orifizio della vena cava inferiore.

Previo l' allontanamento del caudice aortico C A, mostransi chiaramente i tubercoli T T T, situati corrispondentemente alla faccia posteriore di detto caudice.

La fig. 1, tav. III mostra il tumore in sito, diviso perpendicolarmente nel senso del suo più gran diametro: la sezione M C C è bianca, grigiastra e striata di sangue in alcuni punti. Il tumore aderisce intimamente alla vena cava superiore ed alla parte posteriore dell'orecchietta; mostrasi pure sezionato un grosso tubercolo canceroso *mc*, *mc*, situato dietro la vena cava superiore, e da essa compresso. Questo tubercolo può dare un'idea del modo, col quale le masse cancerose esterne alle vene vanno attaccando le loro pareti.

Riflessioni. — È veramente a sorprendere come abbiasi avuto continuazione di vita colla presenza di un tumore che riempiva l'orecchietta destra, l'orifizio auricolo-ventricolare e gli orifizj delle vene cave. Però, cessa la maraviglia ove per poco si rifletta, che i notati guasti, non avendo impedito lo effettuarsi della circolazione; questa, abbenchè lenta, debole, incompleta, ha, pur non ostante, bastato al mantenimento della esistenza dell' individuo. Il sangue, in questo caso, poteva penetrare nell' orecchietta, 1.° dalla vena cava superiore, avanzando tra il tumore e la parete posteriore di questa vena; 2°, dalla vena cava inferiore, sollevando quella specie di valvula costituita dal tumore a traverso il suo orifizio; quindi, il sangue potea passare dall' orecchietta nel ventricolo, introducendosi tra il tumore e la cavità infundibuliforme rappresentata dalla valvula auricolo-ventricolare. E qui osserveremo, che se il suaccennato ostacolo alla circolazione fossesi ingenerato tutto di un tratto, degli accidenti immediatamente mortali lo avrebbero susseguito; ciò che non era avvenuto perchè lo sviluppo di detto tumore, essendosi fatto in un modo graduato, le parti vicine eransi pure gradatamente abituate a

quelle condizioni organiche, nelle quali furon riscontrate alla necroscopia. In fatti, il disturbo della circolazione era stato così insensibile, che mai aveasi supposto nel Cutter una lesione qualunque negli organi circolatoj, e tanto più, mancando qualunque benchè piccola turba della circolazione venosa, poichè il malato non avea mai presentato nè color violaceo della faccia, nè infiltramento negli arti ec.

Questo disgraziato soldato era stato sempre riguardato dai suoi Superiori, come un uomo di cattiva volontà, e come tale, incorporato in una Compagnia, tenuta sotto rigorosa disciplina, e quindi frequentemente recluso nelle prigioni e nelle segrete. Ora, la pigrizia e l' apatia addebitategli non di altro erano effetto se non che della malattia organica, che la sola morte potè dimostrare. Tutti i giorni, simile errore rinnuovasi nelle Case di educazione, ed io ricorderommi sempre il caso di un giovane, che, pel corso di quindici giorni, venia dal precettore ripreso di pigrizia, e sottoposto a pene assai gravi, mentre la sua infingardaggine e la sua cattiva volontà erano figlie di uno stato di torpore, preludio di una meningite granulosa della base del cervello con stravaso ventricolare, a cui questo giovane dovè, in breve, soccombere.

E ritornando al nostro caso, la specie di lesione organica che lo riguarda, vuole esser classata tra i cancri polipiformi, a tessuto fragile, grigiastro, sprovvisto di umor canceroso apparente.

Merita poi di essere notata la coincidenza del cancro parotideo colla alterazione principale, non meno che la identità di queste due lesioni.

Finalmente, ove mi si domandasse, se il tumore dell' orecchietta fosse a considerarsi come un grumo sanguigno organizzato, io risponderei colla negativa, perchè i grumi sanguigni non si organizzano mai. D' altronde un cancro polipiforme del cuore non è a sorprendere più di

quello che far potrebbero i tumori dell' istessa forma e dell' istessa natura, ingenerati sul peritoneo o sulle superficj muccosa e cutanea.

(Tavola III, fig. 2)

2.° *Pericardite tubercolosa. Degenerazione tubercolosa dell' orecchietta destra.*

Non è raro il riscontrare la materia detta tubercolare sviluppata nel pericardio, in seguito alla infiammazione cronica di questa membrana sierosa. Da questa special forma morbosa differiscono essenzialmente le granulazioni miliari, offerte dalle pseudo-membrane del pericardio, nel loro strato il più profondo, in quello strato cioè, che è immediatamente applicato sul pericardio, le quali granulazioni altro non sono che una delle forme di queste false membrane. Infatti, a differenza di esse, i tubercoli del pericardio sviluppansi, in generale, tardivamente entro la sostanza stessa delle false membrane persistenti; ed in un gran numero di casi, soprattutto in quelli risguardanti dei bambini tubercolari, potei osservare una quantità considerevole di tubercoli appianati, sparsi per entro il tessuto cellulare di nuova formazione, che costituisce il mezzo della aderenza. In questi casi pure ho costantemente trovato le glandule bronchiali tubercolose; ed una tal volta occorsemi di osservare, insieme colla pericardite tubercolare, la degenerazione congenere delle notate glandule, senza però la presenza di tubercoli polmonari; e allora domandava a me stesso, se ammetter potrebbesi una tise glandulare unicamente dipendente dai tubercoli del pericardio, ed affatto estranea alla tubercolizzazione dei polmoni.

Quelle pericarditi che terminansi, al tempo stesso, e per suppurazione e per adesione, ponno, del pari, presentare i caratteri tubercolari, quando il pus disseminato entro la spessezza delle nate aderenze, venga assorbito nelle sue parti le più liquide e ridotto alla sua parte più solida.

Il fatto reso colla fig. 2 della tav. III è uno fra i più rimarchevoli che la pratica mi abbia offerto, ed a mio sommo rammarico, esso mi pervenne sprovvisto affatto di qualunque notizia sull' individuo che ne costituiva il soggetto. = Veggonsi le cavità destre del cuore O D, V D aperte e dispiegate: per mezzo di una attenta dissezione, il pericardio è stato separato dal ventricolo sinistro, al quale esso aderiva tenacemente, adesione che riscontravasi pure nel rimanente tratto della superficie del cuore. Il tessuto cellulare, che univa la lamina propria del pericardio alla lamina cardiaca, offriva una marcata grossezza, e conteneva dentro di sè la materia tubercolare M T, m t.

Nei punti corrispondenti alle orecchiette questa materia tubercolare è anche più abbondante che sopra i ventricoli: il pericardio mostrasi come confuso ed immedesimato colle orecchiette, non meno che colla porzione pericardica e dell' aorta, e della arteria polmonare e della vena cava superiore; quindi, non solo la materia tubercolare trovasi infiltrata nel tessuto, che è il mezzo costituente l'adesione, ma è puranco diffusa nel tessuto proprio dell'orecchietta, la quale non mostrava più traccia alcuna del suo tessuto fibroso. La sola membrana interna era stata rispettata.

Nelle stesse condizioni dell'orecchietta mostravasi pure la vena cava superiore, essendo, del pari, il suo tessuto rimasto attaccato, e, per così dire, non esistendo questa vena se non che per la sua membrana interna. Quanto poi ed alla arteria polmonare ed alla aorta, venivano esse circondate dalla materia tubercolare come da un cilindro, rimasto però intatto il loro tessuto proprio.

La circolazione di questi vasi far doveasi con difficoltà, senza essere affatto impedita, almeno in modo rimarchevole, mentre la contrazione dell' orecchietta esser doveva impossibile: ond' è che, da questo fatto sarebbe a indursi, che la contrazione e la dilatazione dell' orecchietta non sono indispensabili per la circolazione.

Fascicolo 57.

MALATTIE DEL FEGATO.

(Tavola. I)

Lesioni di canalizzazione. — Calcoli biliari.

Spiegazione delle figure.

La fig. 1 rappresenta la parte inferiore della faccia convessa del fegato, ove la duodecima costa (che sulla figura viene indicata per una linea punteggiata) ed il ribordo cartilagineo della base del torace hanno impresso un solco pronunziatissimo. E qui è a notarsi, che la porzione del viscere al di sotto di questo solco, mostravasi sporgere al di sopra delle coste.

La vescichetta della bile, voluminosissima V B, discendeva fino nella fossa iliaca destra.

La porzione di fegato corrispondente alla fossetta della cistifellea T F avea subíto la trasformazione fibrosa.

La fig. 2 rappresenta la stessa vessichetta biliare, vista dal lato della faccia inferiore del fegato. Vi si osserva il collo di questa vessichetta occupato da un calcolo biliare, angolare C B, sul quale essa vessichetta modellasi esattamente.

La fig. 3 mostra la cistifellea aperta e vôta della sierosità vischiosa e limpida che in essa stanziava, e nella quale eransi riscontrati natanti tre calcoli sfaccettati. Un quarto calcolo poi C B vedeasi in essa cistifellea come ingastonato o saccato così tenacemente, che assai malagevole

riesciva lo estrarnelo. Ristrettissimo era il canal cistico C C, non però obliterato.

La fig. 4 è destinata a fare un contrapposto alle figure precedenti, mostrando una vessichetta biliare estremamente piccola, di grosse pareti, strettamente addossata su due calcoli biliari, coi quali avea contratto marcata aderenza; calcoli, di cui uno più piccolo c b, occupava il fondo della vessichetta F V, ed era compreso in un sacco, affatto distinto dal corpo della cistifellea, ove riscontravasi l'altro calcolo C B, ovoide, a superficie biancastra, granulosa.

La figura 5 rappresenta la sezione di questo ultimo calcolo. Il suo aspetto micaceo brillante, i suoi cristalli aghiformi, che, come tanti raggi, partono da un centro, occupato da una materia gialla, nucleo probabile del calcolo stesso, dimostrano chiaramente, che esso è composto di colesterina.

La sezione poi del piccolo calcolo (fig. 6) offre nel centro una concrezione biliare più considerevole di quella del calcolo più grosso, e circondata da uno strato di colesterina.

Riflessioni.— 1.° *Della influenza del giustacorpo sulla forma del fegato.* — Uno degli effetti della azione di questa causa meccanica vien rappresentato dalla fig. 1. La pressione circolare di questa specie di veste, esercitandosi specialmente sulle ultime coste, il fegato è, fra tutti gli organi, quello che ne riceve la influenza la più diretta. Si fa esso allora allungato dall' alto in basso, appianato dall' avanti all' indietro e sopravanza, spesso, di molte dita trasverse la base del torace; sulla sua faccia convessa una impronta circolare più o meno marcata, stabilisce il punto ove corrispondeva la circonferenza di detta base. A questa impronta aggiungesi quasi sempre una linea o zona bianca, pronunziatissima, che resulta dalla trasformazione fibrosa delle parti del fegato sulle quali si è esercitata la

compressione. Questa trasformazione si fa non solamente a spese delle membrane, ma a spese puranco, delle granulazioni superficiali dell' organo.

Per l' effetto della pressione circolare del giustacorpo, il fegato guadagna in altezza ciò che perde in larghezza ed in grossezza, e non è infrequente il vederlo col suo gran lobo raggiungere la fossa iliaca destra, mentre il lobo medio sopravanza appena il torace.

A questi cangiamenti di forma a cui è andata soggetta la porzione spostata, partecipa ancora la parte del fegato rimasta in sito: solleva essa il diaframma, e mostrasi superiormente solcata per degli infossamenti più o meno profondi, resultanti dal raggrinzamento antero-posteriore del diaframma stesso.

In alcuni casi, il giustacorpo venendo a essere stretto validamente nella sua parte inferiore, il fegato è intieramente respinto in alto e giunge colla sua convessità fino corrispondentemente alla 4.ª ed anche alla 5.ª costa; quindi il solo bordo inferiore, avendo sopportato la influenza della pressione, mostra esso soltanto la trasformazione fibrosa.

Queste organiche disposizioni del fegato da me accennate nella *anatomia descrittiva* e le quali fecermi annunziare che il fegato non avea una forma particolare, ma piuttosto determinata dagli organi circumstanti sui quali modellasi, queste disposizioni, io dico, sono importantissime a conoscersi in patologia; nè, da che divenivan soggetto di un mio particolare studio, potei io più cader nell' errore a cui trar potrebbe la esplorazione della regione del fegato, e che consiste nel ritener malato questo viscere, ogni volta che resti sporgente sul livello delle coste, ed a misurare il grado di malattia di esso, dietro il grado del suo spostamento nelle regioni lombare e ombelicale. Infatti, vi han dei fegati che discendono fino nella fossa iliaca destra mantenendosi nel più perfetto stato d'integrità.

2.° *Dei calcoli biliari della cistifellea.* — Se frequentissimi a riscontrarsi sono i calcoli biliari nella cistifellea, in special modo, nelle persone di avanzata età, raramente però, e solo in alcune particolari circostanze, sono essi forieri di marcati sconcerti. Nè ciò sarà per far maraviglia, ove per poco si pensi, che la cistifellea ed il suo canale altro non sono che delle appendici alle vie biliari, per le quali può la bile passare o non passare affatto, senza che ne conseguitino sensibili inconvenienti e per la circolazione di questo liquido e per la digestione; a differenza dell' altra condizione dell' otturamento del canale epatico e del canale coledoco, che fassi certamente causa di sconcerti gravissimi e spesse volte mortali.

Ciò non ostante, uopo è un qualche poco intrattenersi sugli effetti, di qualunque natura esser si vogliano, della obliterazione completa sia per calcolo o per qualche altra causa, del collo della vessichetta biliare. Ed ecco quali sono i resultati della mia osservazione su tal soggetto.

1.° Talvolta, la vessichetta biliare, divenuta un corpo inutile, si avvizzisce, perde di volume, e, ove contenga dei calcoli, modellasi sopra di essi (fig. 4), aderendo alla loro superficie e costituendo una vera ciste biliare. Questo rimpicciolimento od avvizzimento della cistefellea può anche protrarsi tanto, che le sue pareti si trovino a mutuo contatto, quando non esistano in essa dei corpi estranei, ed allora perdesi affatto qualunque apparenza di vessichetta biliare. In qualche caso obliterasi anche la stessa fossetta destinata a contener questa borsa, ciò che ha fatto credere all' assenza congenita della cistifellea.

2.° Talvolta la vessichetta biliare, abbenchè non sia più ricettacolo di bile, continua ad esalare della sierosità e del mucco, in qualche caso, così abbondante, che l' assorbimento non trovandosi più in rapporto colla esalazione, si ha allora una dilatazione considerevole di questa borsa, come nel caso reso dalle figg. 1, 2, 3. Il liquido che

in questi casi riscontrasi in essa vessichetta contenuto, è, ora limpido, ora sieroso, ora filoso alla maniera della sinovia, o anche completamente muccoso, giammai colorato dalla bile, ciò che prova bastantemente l'assenza nell'uomo dei dutti epato-cistici.

Si han poi delle osservazioni, stanti a dimostrare la vessichetta, isolata, nel modo che sopra, dalle vie biliari, divenuta sede di una infiammazione, la quale può terminarsi in differenti maniere: 1.° per suppurazione, e allora stabilisconsi delle aderenze tra la vessichetta e lo stomaco, più spesso, tra detta vessichetta e il duodeno, finalmente tra essa e l' arco del colon ed anche tra essa e le pareti addominali; nel qual caso, un processo di eliminazione o di infiammazione si stabilisce o nelle pareti addossate della vessichetta, o nell'una o nell'altra delle nominate parti, ed il pus viene allora a versarsi nell'una o nell'altra di queste vie. Talvolta, non avendo luogo le notate aderenze, o anche il processo ulcerativo effettuandosi sopra uno dei punti non aderenti, va a resultarne il versamento del liquido dalla cistifellea nella cavità del peritoneo, versamento che si fa, al pari di quello della bile, prontamente mortale.

I calcoli biliari della cistifellea, che sono talvolta la causa materiale della infiammazione di essa ponno, in seguito di una ulcerazione preceduta da aderenza, passare direttamente dalla cistifellea, o nello stomaco, o nel duodeno, o nel colon, ed anche farsi strada a traverso le pareti addominali, sortendo fuori del corpo da dette pareti, sia spontaneamente, sia per mezzo di una apertura artificiale.

Frequenti volte, mi si appresentarono dei casi di comunicazione della cistifellea col duodeno; ed una tal volta, la vessichetta era piena di gas e la sua compressione faceva refluire detti gas nel duodeno, ed inversamente, talmente che potea allora riguardarsi la cistifellea come parte integrante delle vie alimentari, tanto più, che da simile

disposizione non ne erano avvenuti sconcerti di sorta. Due altre volte, dei grossi calcoli biliari, introdottisi direttamente dalla cistefellea nel duodeno, eransi fatti causa di uno strozzamento interno mortale. In uno di simili casi, il malato aveva provato, a più riprese ed a lunghi intervalli, tutti i sintomi di uno strozzamento interno, che aveva felicemente ceduto, senza che io avessi potuto rendermi conto di tale avvenimento. Finalmente, ad un nuovo accesso, il malato avea dovuto soccombere. Alla consecutiva necroscopia, trovai un grosso calcolo biliare impegnato nella parte inferiore dell'intestino tenue, ove mostravasi come rimasto strozzato; scorgevansi inoltre delle cicatrici circolari nelle parti più alte dell' istesso intestino, ed una escara circolare ad una piccola distanza dal calcolo; qualità e quantità di guasti, che davanmi ragione dei ripetuti accessi morbosi sofferti dal malato; quindi metteva io in chiaro, che, siccome l'intestino va, grado a grado, ristringendosi in proporzione dello avvicinarsi alla valvula ileo-cecale, così, il calcolo, dopo aver superato senza alcuna difficoltà, il terzo superiore di questo intestino e dopo aver trovato degli ostacoli temporari nel terzo medio, avea finito per arrestarsi completamente nel terzo inferiore.

Le infiammazioni della cistifellea deggiono distinguersi in quelle, nelle quali questa borsa comunica col rimanente delle vie biliari, ed in quelle, nelle quali essa trovasi da queste ultime affatto isolata. Son poi d'avviso, che i tumori biliari, anzi che ascessi del fegato sieno piuttosto a riguardarsi come tante cistiti biliari, e che i sintomi riportati dal sig. Petit, al grimo genere di malattia, appartengano invece ai tumori della cistifellea; di più, causa frequentissima di coliche epatiche stimo sia a ritenersi la cistite biliare; e che queste coliche cedano, in generale, più facilmente al metodo antiflogistico, di quello che all' uso del rimedio di Durande, dal medesimo proposto nella esistenza dei calcoli biliari, come un mezzo idoneo a procurarne la dissoluzione.

Terminerò queste riflessioni con un fatto da me osservato recentemente, che sta a dimostrare la gravità della infiammazione della cistifellea.

Infiammazione della cistifellea, isolata dalle vie biliari. — Sua perforazione. — Peritonite limitata alla regione del fegato.

La sig. Mazet, di trentaquattro anni, di fortissima costituzione, nel più florido aspetto di salute, consultavami, gli 11 settembre 1837. Provava essa una estrema difficoltà nel respiro con dolore negli ipocondrj, soprattutto nell'ipocondrio destro. Avea bisogno d' aria e perciò chiedeva incessantemente, che le si aprissero le finestre della stanza, e che le si facesse annasare dell' aceto, trovandosi da un momento ad un altro, come in uno stato di deliquio; la faccia non era alterata, abbenchè coperta di sudore come tutto il resto del corpo; il polso appena febbrile, ed il sintoma dominante riportavasi al notato senso di angoscia e di soffocazione.

Il sig. D. Villeneuve, Membro dell' Accademia reale di Medicina, curava questa donna fino da tre giorni: nel primo giorno avea egli fatto una applicazione di mignatte all'epigastrio, nel 2.° un salasso dal braccio, nel 3.°, altra applicazione di sanguisughe presso la cartilagine ensiforme. Nonostante ciò, l' ammalata era così frequentemente assalita dalla notata angoscia, che, a ogni momento, mandava a cercare Villeneuve, per licenziarlo subito che l' accesso dell' angoscia erasi dissipato.

Io vedeva in tal malattia qualche cosa di oscuro e di indeterminato, di cui non poteami render ragione. Assistendo a qualcuno dei morbosi risalti, notava il treno dei fenomeni che lo accompagnavano, il senso, cioè, di deliquio, il bisogno dell' aria, dello annasar l' aceto, mentre non aveasi nè alterazione di faccia, nè tampoco

di polso. Arrestatomi sulla idea, della esistenza di una pleuritide diaframmatica dal lato destro, aggiungeva ai mezzi già prescritti, dei cataplasmi ammoglienti sugli ipocondrj e ripetute applicazioni dei senapismi.

Nei giorni 12 e 13, stato stazionario; la stessa angoscia; lo stesso senso di deliquio. L'ammalata scende dal primo piano al pian terreno, per fare il bagno, e ritorna quindi alla sua camera, senza aver bisogno di sostegno.

Il 14, a sera, tanto il D. Villeneuve che io, restammo veramente sorpresi di trovare tutti i segni di una peritonite la più grave: ventre tumefatto, sensibile alla pressione, soprattutto al di sotto delle coste spurie a destra; polso insensibile; faccia naturale. L'ammalata non avea la coscienza del suo stato; raccontava ella, che nella mattinata, nell'atto stesso in che credeva di trovarsi meglio, era stata, tutt' in un tempo, assalita dagli sconcerti che noi allora osservavamo, con più, da dei brividi intensi di freddo.

Il polso era talmente piccolo, ed il corpo tanto coperto di sudore, che noi dovemmo rinunziare al salasso. Opinavamo, trattarsi di una peritonite per rottura o perforazione di qualche intestino, per cui annunziavamo agli astanti il fine prossimo della ammalata, che, noi consigliavamo, fosse premunita dei soccorsi della Chiesa. Intanto, fomentazioni ammoglienti e senapismi.

Il 15, a mattina: più considerevole la tumefazione addominale, il polso sempre filiforme, evanescente sotto la pressione, il dolore continua vivissimo al di sotto l' ipocondrio destro. L'ammalata, che non ha punto la coscienza del proprio stato, fa istanza perchè le venga praticato un salasso, il quale vien susseguito da una lunga sincope, a cui tien dietro un senso di ben essere. Il sangue estratto mostra una cotenna marcatissima.

Alla sera: il dolore è affatto scomparso; esaltamento nelle idee, senza delirio; senso di ben essere; commozione

di animo; calore alla pelle; polso più sviluppato. Morte nella consecutiva notte.

Alla necroscopia, le mie espettative andarono intieramente fallite; infatti, invece del versamento gazoso nella cavità peritoneale, da me pronosticato, presentossi una timpanite intestinale; nè punto fu riscontrata la peritonite generale che io aveva ritenuta come la condizione morbosa principale, mostrandosi anzi questa membrana in perfetta normalità alle regioni ombelicale, iliaca, ipogastrica. Solo, in corrispondenza della parte, che era stata sede del dolore, cioè, all'ipocondrio destro, presentaronsi delle false membrane nel mesocolon ascendente.

Abbassato quindi l' arco del colon, mostrossi la vessichetta della bile flaccida, raggrinzata e quasi intieramente vôta. Una grandissima quantità di pus e di false membrane in frammenti intermedie al fegato e al diaframma, e delle aderenze molli, circoscrivevano esattamente il punto infiammato. Condizioni organiche comprovanti, con tutta chiarezza, che la pronosticata peritonite limitavasi soltanto alla regione del fegato.

Studiate le parti in sito, e quindi asportato il fegato, avemmo luogo di osservare la cistifellea: era essa a pareti grossissime, il suo collo era ermeticamente chiuso da un calcolo di colesterina; il quale, certamente, esisteva da molto tempo, ed isolava completamente la vessichetta dal resto dell' apparato biliare. Potemmo inoltre mettere in chiaro la infiammazione della muccosa della cistifellea, ed accertarci, che questa flogosi erasi estesa a tutta la sostanza delle pareti di essa, da cui la rottura del fondo della cistifellea, la peritonite circoscritta, il versamento del pus nella cavità peritoneale, la morte, infine, con tanta rapidità e con tale imponenza di fenomeni, quali prodursi potevano dall' istesso versamento della bile.

Rimarcavamo poi, come la peritonite venisse, a sinistra, limitata dal ligamento sospensorio del fegato, ed in tal

maniera, che tanto la peritonite diaframmatica, come la peritonite epatica, erano circoscritte alla regione del lobo destro del viscere. Della qual circostanza trovava io la ragione nella rottura della cistifellea; rottura, che essendosi fatta nella parte la più elevata del suo fondo, avea dato luogo al versamento o piuttosto allo stillicidio, dal basso in alto, tra il diaframma ed il fegato, a destra del solco antero-posteriore.

E dico piuttosto stillicidio che un vero versamento, poichè quest' ultimo, meno il caso di aderenze anteriori, avrebbe portato alla peritonite generale; intanto che la peritonite parziale intendesi bene come effetto della prima circostanza, nella quale, il liquido, versato goccia a goccia, avea dato luogo a delle aderenze salutari, dalle quali veniva circoscritta la infiammazione. Trovasi poi altra ragione di questo modo di stravaso in quella condizione, la quale mostrava la tunica peritoneale della cistifellea non perforata ma come erosa, congiunta ad un infiltramento di pus nella spessezza delle pareti di questa vessichetta, tra la muccosa ed il peritoneo, la qual membrana, appunto perciò, avea ceduto, non perforandosi, ma lacerandosi. Molti altri casi di perforazione della cistifellea mi han presentato la stessa disposizione, cioè a dire, una ulcerazione ampia della membrana muccosa o anche molte ulcerazioni di quest' istessa membrana, con corrosione o lacerazione del peritoneo, in un punto più o meno lontano.

Quando poi la cistifellea sia sempre in comunicazione col resto delle vie biliari, la perforazione di che si tratta, effettuasi per cangrena, ed allora la bile versandosi istantaneamente nel peritoneo, accade la morte con quella istessa rapidità colla quale suole avvenire in seguito, per esempio, di un colpo di spada, che dà luogo ad un versamento, sia di bile, sia di orina, nella cavità addominale.

MALATTIE DEI POLMONI.

(Tavola II)

Pneumonite.

Dopo gl' importanti lavori pubblicati, in questi ultimi tempi, sulla pneumonite, il campo della osservazione su questo genere di malattie, mostrasi ognor più esteso, e come avviene di molte altre cose, i limiti dell' orizzonte si fan lontanissimi, quando appunto credeasi averli già raggiunti.

E posto per principio, che la pneumonite è sempre a considerarsi una malattia identica a se stessa, uopo è ricordare, che in essa ammetter si deggiono diverse specie; avvegnachè a stabilire dei ben fondati giudizj in un soggetto così complicato, indispensabile si renda il fissare delle classazioni, in rapporto coi diversi punti di vista sotto i quali la malattia può esser riguardata, e colle svariate circostanze nelle quali essa presentasi; questo, certamente, essendo l' unico mezzo per giungere a tracciarne una descrizione generale.

Ora, tra le differenze assegnabili alla pneumonite, non è una delle meno importanti quella che riguarda l' età, nella quale può svilupparsi. Altrove richiamai l'attenzione sulla pneumonite del feto, mostrando, potersi questa presentare sotto due forme, ora, cioè, sotto la forma lobulare, ora sotto la forma ordinaria; annunziai, del pari, che solo nei feti avea io potuto osservare le pneumoniti le più estese, poichè in essi la totalità dei due polmoni andava

attaccata dal male, senza per questo ne avvenisse la morte; e che, finalmente, avea io più volte riscontrata la pneumonite del feto terminata per suppurazione, e ciascun lobulo trasformato in una ciste purulenta nella pneumonite lobulare, e dei fuocolari di pus più o meno estesi, nella pneumonite ordinaria.

Che perciò non volendo ora tornare su tale argomento, passerò invece a intrattenermi un qualche poco, sulla pneumonite dei vecchi. La mia posizione alla Salpêtrière davami campo ad osservare questa specie di pneumonite, sotto tutte le forme; ed il mio spirito era sempre preoccupato dall'idea di prevenirne l' invasione col tener lontane le cause idonee a produrla, poichè una esperienza di cinque anni avevami insegnato, esser ben difficile di arrestare la pneumonite dei vecchi nel suo andamento insidioso e rapidamente disorganizzatore. Flagello terribile della età provetta, la pneumonite non è domabile in questa età, se non se, a un grado leggiero, e delle pneumoniti leggiere ben raramente osservansene alla Salpêtrière. Nè io credo esser molto lontano dal vero annunziando, che i cinque sesti delle vecchie raccolte in questo spedale, soccombono alla pneumonite.

Sotto l' influenza dei freddi umidi moderati del mese di decembre, esse van prese da catarri più o meno acuti, febrili o no, pei quali neppure consultano il medico; mentre quelle che, fino da molti anni, van molestate da catarro cronico, provano, in detta epoca, una leggiera recrudescenza.

Quando poi sopraggiungono i rigori del freddo asciutto, allora vengono in campo e le pleuritidi, e le pleuropneumonitidi, e le pneumoniti. Facilmente si ha la guarigione nella pleuritide, nella pleuro-pneumonite e nella pneumonite leggiera; ma le più spesse volte riescon mortali le pleuro-pneumonitidi con predominio della pneumonitide.

Tra le diverse malattie che affliggono l'umanità, se alcune ve ne hanno, nelle quali inapprezzabile riesca il rap-

porto tra la loro esistenza e le cause da cui trassero origine, tra queste certo, non è la pneumonite, ed in special modo, la pneumonite nei vecchi.

Infatti, pel corso di cinque inverni consecutivi, potei costantemente osservare alla Salpêtrière, la pneumonite incrudelire col giunger del freddo e quindi scomparire, coll' allontanarsi della rigida stagione. Forti per resistere ad un freddo di ventiquattro e di quarant' otto ore, le donne di avanzata età soccomber sempre dovettero ad un freddo di molti giorni di durata; i letti supplementari della mia clinica riempionsi e vôtansi, a seconda delle variazioni atmosferiche.

Gl' inverni che presentano due o tre recrudescenze di freddo, presentano pure, due o tre recrudescenze di pneumonite epidemica.

Ma la prova del fatto della influenza atmosferica sulla produzione della pneumonite, acquista la maggiore evidenza possibile e tutto il rigore di una dimostrazione matematica da ciò che accadeva sotto i miei occhi, in questi ultimi tempi. Aveva io osservato, che le pneumoniti le più numerose e le più gravi appartenevano a quel quartiere dell'Ospizio della Salpêtrière, designato coi nomi di *S. Leone* e dell' *Edifizio*; dal che mi venne in pensiero di ricercare, se le donne dimoranti nei detti quartieri trovassersi esposte a delle particolari circostanze; ed ecco quali erano i resultati delle mie indagini. S. Leone e l'Edifizio comprendono una popolazione di seicento donne, queste passano le giornate nelle sale del lavoro, e le notti, nei dormentorj; e siccome le stanze da lavoro vengono artificialmente riscaldate, ciò che non è punto pei dormentorj stessi, così, nei rigori dell' inverno, queste disgraziate sortendo, alla sera, da stanze molto calde, vengono sorprese dal freddo, ed in tal modo, mezze assiderate si coricano nei loro letti, per levarsi al mattino, senza aver potuto riscaldarsi, durante la intiera notte. In simile circo-

stanza io vedea chiara la causa delle frequenti pneumoniti; per cui, faceva istanze, onde si sopprimessero le sale del lavoro perdurante l' inverno, nel tempo stesso che dimandava ed otteneva il riscaldamento dei dormentorj. Dietro tali misure, aveva io la dolce soddisfazione di vedere immediatamente una diminuzione sensibile nel numero delle pneumoniti; nè credo punto di esagerare annunziando, che la mortalità, quanto, almeno, alle pneumoniti, fino dall' epoca dell' applicazione delle cautele da me sollecitate, non è mai giunta alla metà di quella degli anni precedenti, abbenchè l' inverno sia stato talvolta eccessivamente rigoroso. Fatto, che sta pure a convincermi, che con un mezzo di calefazione ben inteso giunger potrebbesi, senza un straordinario consumo di combustibile, a diminuire notabilmente la mortalità della Casa in generale. Infatti non è chi non sappia, che il calore per la vecchiaja è un elemento cotanto necessario, quanto esser potrebbe l' alimento stesso; verità, a cui attender dovrebbesi, tutte le volte che trattisi di disposizioni amministrative per gli spedali dei vecchi.

La pneumonite dei vecchi non presentasi sempre sotto quella forma genuinamente inflammatoria, quale suol riscontrarsi negli adulti, ma il più spesso esiste allo stato latente, talmente che uopo è quasi indovinarla. Ed è poi altra verità, che compatibilmente a questo suo mascherato andamento, i sintomi generali riescono a farne apprezzar la sua esistenza, tanto quanto far potrebbero i sintomi locali, offerti dall'ascoltazione e dalla percussione. Di primo tratto, io fui, più volte in grado di diagnosticare la pneumonite, rintracciando il polso duro, frequente, congiunto a respirazione, del pari, frequente, e quasi sempre alla secchezza della lingua ed al rossore della faccia, restando i sintomi locali quasi come un complemento al diagnostico. Quindi, in simili casi, domandando io, spesse volte, alle malate, se spurgavano sangue, ed esse rispondendomi che no, otte-

neva lo spurgo caratteristico della pneumonite, facendo tossire queste ammalate, dopo la ingestione di qualche sorso di liquido.

La pneumonite nei vecchi si dà frequentemente senza alcuna espettorazione; circostanza sommamente funesta, perchè segno certo di una prossima occlusione delle vie aeree.

Altra volta, e ciò non è raro ad accadere, questa specie di pneumonite presentasi sotto la forma adinamica: prostrazione di forze, stupore, irascibilità, lingua e denti fuliginosi, polverulente le narici, piccolezza e frequenza del polso, fisso lo sguardo; e quest'ultimo carattere di alcune pneumoniti latenti delle vecchie della Salpêtrière, ha dato argomento a Pinel, al suo capitolo sulla febbre adinamica.

Frequenti volte, vengono trasferite alla infermeria delle ammalate, che soccombono immediatamente dopo il loro trasporto.

Altre rimangono vittime di morte in compendio nei dormentorj; morti istantanee, che altro non sono che l'esito fatale di pneumoniti latenti. Così, non havvi malattia più insidiosa di questa pneumonite dei vecchi, la quale pure confondesi spesso, ora, col reuma, ora, con un catarro abituale. Il vecchio mangia e beve, come per l'ordinario, non credesi, nè dicesi ammalato. Aggiungete a ciò la repugnanza che han questi individui a costituirsi nelle infermerie, luogo che, sebbene procuri loro le più assidue cure e una indefessa assistenza, pur non ostante non cessa di riescir loro mal gradito, e perchè non han più visto ritornar da quello alcuno dei loro compagni d'infortunio, e perchè ivi, non ritrovano più le loro abitudini, le loro antiche relazioni ec.

È stato detto non esistere alcuna affinità tra il catarro polmonare e la pneumonite, o anche, che il catarro polmonare, lungi da favorire la pneumonite, sia piuttosto a ritenersi come un preservativo di essa. Questa proposizio-

ne, che, sotto qualche aspetto, presenta un fondo di verità, a riguardo degli adulti, non è però, a quello io ne penso, applicabile al caso di pneumonite nei vecchi; nella quale anzi deve il catarro polmonare ritenersi come una predisposizione funesta.

La esperienza infatti ne insegna, che la pneumonite latente nei vecchi si fa gravissima e sommamente insidiosa, ove succeda ad un catarro acuto; e talvolta il medico non abituato ad osservare simil genere di malattia, ebbe a trovare, con sua grandissima sorpresa, presso che agonizzante o anche morto quel malato, che il giorno avanti, avea potuto riguardare con occhio il più tranquillo. Richiesto del mio giudizio su di un vecchio signore, in età di sessanta due anni, e nel quinto giorno di malattia, ebbi io a pronunziare il più grave pronostico, di fronte al medico curante, uomo d' altronde di somma esperienza, il quale non sapea veder nel malato alcun pericolo. Disgraziatamente, i miei vaticinj non andavan falliti, ed il malato soccombeva nella notte tra il sesto ed il settimo giorno.

Rapporto al metodo curativo della pneumonite, è primo e principal rimedio, tanto nel vecchio come nell' adulto, la cacciata del sangue, impiegata nelle prime ventiquattr'ore, alla quale, non è a farsi idea, quanto grande sia la tolleranza nei vecchi di ottanta e più anni. Al salasso soglio io aggiungere l' uso della seguente decozione: ipecacuana acciaccata, fatta leggermente bollire in quattro bicchieri d' acqua ed aggiuntovi due once di ossimiele scillitico, da darsi epicraticamente, di due in due ore. Questo medicamento ha per resultato delle vomiturizioni, dei vomiti, ma più spesso, delle abbondanti evacuazioni alvine. Ripeto il salasso anche nell' istesso giorno, in che fu praticato la prima volta, o, nell' indimani; ed allora insieme col salasso, soglio praticare sia un decotto bianco Kermetizzato (il Kermes alla dose di quattro ai dodici grani), sia altro decotto con ipecacuana gr. xxvj tartaro stibiato

sia un lassativo dolce, composto di olio di ricino e manna, ed un vessicatorio alla spina, di sei pollici su quattro, di lunghezza. Sul quale ultimo rimedio osserverò, che un numero considerevole di fatti mi han portato ad ammettere la esistenza di una rimarchevole simpatia tra la regione dorsale ed i polmoni, e che applicati su questa regione i mezzi terapeutici, esercitano essi una marcata influenza sugli organi del respiro (*).

Quanto sono utili i salassi nel primo periodo della pneumonite, altrettanto divengon nocivi nel periodo della suppurazione: nè valga a imporne un polso largo, pieno e vivo; poichè, sotto una sanguigna intempestiva, questo polso manca inprovvisamente, ed estinguendosi la reazione, il malato soccombe con assai più di prontezza, di quello sarebbe avvenuto, se il salasso non fosse stato praticato.

Havvi poi un periodo nella pneumonite, in cui ho dovuto lodarmi dell'uso delle sostanze stimolanti, sieno queste diffusive o fisse; così, mi han sortito a buon effetto la canfora, alla dose di dodici fino a ventiquattro grani per la dose più alta, ed una mezza dramma per clistere; il muschio, otto a dodici grani; l' estratto gommo-resinoso di china, l' etere, ec., quali medicamenti, se, in generale, non ponno considerarsi come veramente idonei a vincere la malattia in discorso, in qualche caso però, me li ha mostrati la pratica riescire a far risorgere dei malati di pneumonite ridotti agli ultimi estremi. Il mio scopo nell'amministrarli è quello di risvegliare la vitalità, di aumentare la forza di resistenza; poichè, nelle pneumoniti, la morte avviene raramente per l' asfissia propriamente detta, restando sempre molto polmone immune dal processo morboso; e solo

(*) Ho attualmente nella mia pratica un malato, nel quale posso, a volontà, risvegliare una tosse intensissima, ogni volta che io comprima leggermente il punto della colonna vertebrale che corrisponde alle apofisi spinose delle vertebre terza e quarta dorsali.

riportar la si deve all' esaurimento della forza vitale. Vorrei io bene possedere la prerogativa di trasformare la pneumonite acuta in pneumonite sub-acuta, od in pneumonite cronica, e di risvegliare e sostenere la vitalità, fino a che la malattia fosse puramente localizzata; poichè allora non dispererei punto di ottenerne la risoluzione.

Nè è mai bastantemente a ricordarsi la importante osservazione, che nella pneumonite, lo stato locale non costituisce che una parte della malattia, mentre lo stato generale è sorgente di assai importanti indicazioni curative; per il che, allorquando, sottragghiamo il sangue, unicamente gli effetti e non la causa di essa malattia combattonsi. I cardini, sui quali fondasi un tale asserto, e che danno ad esso tutti i caratteri della verità, riposano unicamente sulla salda base dei fatti pratici, mostrando essi che vi han delle pneumoniti, le quali attaccano successivamente diverse parti del polmone; che abbiasi infatti uno di questi visceri preso da infiammazione, voi combattete energicamente questa flogosi, ma l' indimani o il posdomani, trovate la malattia essersi estesa o in altri punti dell' istesso polmone o anche nel polmone del lato opposto; talvolta un miglioramento marcatissimo di ventiquattro ore, ed anche una apiressia quasi completa, separano il primo accesso della pneumonite da un secondo accesso, e questo, da un terzo; per cui, anzi che sintomatica della pneumonite, la febbre, in questi casi, sta ad essa, come sta alle malattie eruttive.

Ciò è tanto vero, che riguardansi come guariti quei malati di pneumonite rimasti liberi di febbre, abbenchè i sintomi locali mantengansi sempre identici a quelli che esistevano congiuntamente alla febbre. Di tal morboso andamento sembra potersi avere la ragion sufficiente in ciò, che la soppressione della traspirazione cutanea e polmonare, essendo la causa la più frequente della pneumonite, dà essa luogo alla introduzione nel sangue di principj eterogenei, i quali, deposti nel sistema capillare del polmone, diven-

gono causa della infiammazione di detto viscere, almeno fino a che non restino neutralizzati o espulsi per altre vie; talmente che, sarebbe il servirsi di una più adequata nomenclatura, sostituendo alla denominazione di pneumonite quella, di febbre pneumonica.

La pleuritide può esistere indipendentemente dalla pneumonite, ma non la pneumonite dalla pleuritide adesiva. Ciò darà luogo alla domanda, perchè nella pneumonitide non abbiasi il dolor costale. Questione facile a risolversi, ove per poco si pensi, che la pleuritide adesiva o pseudo-membranosa, limitandosi esattamente alla porzione del polmone attaccata da flogosi, e questa porzione non dilatandosi in alcun modo, nell' atto della inspirazione, non può conseguentemente svilupparsi dolore, il quale, d' altronde, non tarderà a presentarsi ogni volta che la infiammazione della pleura sorpassi i limiti della infiammazione del tessuto polmonare, ed avrà luogo allora in ogni atto inspiratorio.

Riporto qui sotto un caso di pneumonite sub-acuta latente, estesa alla totalità di un polmone, caso che forma soggetto della tavola III. Esso non ha che un rapporto assai indiretto colle cose fin qui discorse.

Pneumonite sub-acuta occupante tutto il polmone sinistro, meno il suo bordo anteriore, terminata per suppurazione concreta, e nella quale il tessuto polmonare offriva un aspetto granitiforme o granuloso. — Pleuritide adesiva con sviluppo vascolare.

Ramette, studente in legge, in età di ventidue anni, malato fino da vent' otto giorni, vien trasferito, il 22 settembre 1828, alla Casa Reale di Sanità, nello stato seguente.

Faccia scolorata, livida; senso di soffocazione che costringe il malato a prender la posizione sedente, nella

quale però appena si è egli situato che vien sorpreso da sincope. Intanto, posso constatare la completa matità del torace a sinistra, estesa al bordo posteriore ed alla faccia esterna del polmone e congiunta alla voce tubale in dette regioni. Solo, la parte anteriore di questo polmone avea conservato la risuonanza. Polsi frequentissimi ed esilissimi; sete intensa.

Riconobbi una pneumonite estesa a tutto il polmone sinistro, eccettuato il bordo anteriore e la parte anteriore o clavicolare della sommità di esso. — Prognostico infausto.

Erano i commemorativi: che questo malato, ventotto giorni avanti, avea sofferto violenta cefalalgia, susseguita immediatamente da una indescrivibile angoscia, sconcerti che furono combattuti col salasso e colle sanguisughe. In seguito ai quali rimedj, dicesi, che il Ramette erasi fatto quasi convalescente e che cominciava già a prender cibo, ma che dopo una indigestione, era stato preso da oppressione nel respiro; che, d'altronde, i sintomi della pneumonite rimontavano soltanto a quattro giorni addietro, e che solo due giorni avanti il sig. Husson avea potuto constatare la epatizzazione del polmone.

Dietro tali notizie, abbenchè pieno di fiducia nel Collega che me le trasmetteva, pure, non conveniva io gran fatto con esso, in quanto all'epoca dello sviluppo della pneumonite, la quale piuttosto che ai quattro giorni, come esso annunziavami, opinava io rimontasse a ventiquattro giorni addietro, epoca nella quale eransi manifestati i primi sintomi della malattia. Per il che davami pure a pensare, che la pneumonite avesse corso inosservata, perchè di una forma latente; che, trascurata la esplorazione del petto, fossesi dato valore soltanto a degli epifenomeni o ai fenomeni collaterali; che non avesse esistito affatto l'annunziata convalescenza, ma solo il passaggio dallo stato acuto al sub-acuto della malattia, e che non si avesse avuta

la certezza funesta dello stato imponente del male, se non che all' epoca della recrudescenza di tutto il treno fenomenologico; che finalmente, all' epoca accennata dell' ottenuto miglioramento, una cura saggiamente impiegata avrebbe forse potuto condurre il malato alla guarigione, la quale era, allora, affatto inattendibile. Nella vigilia del giorno in che fu il Ramette tradotto allo spedale, tentossi il salasso, ma i vasi non dettero sangue, per cui fu creduto supplirvi col sanguisugio.

Prescrizioni curative: *Largo vessicante sul lato corrispondente al viscere affetto; senapismi ai piedi.*

Il 23: senso di soffocazione che rende necessario il tener costantemente aperta la finestra della camera. L' angoscia ed il polso esilissimo sembrano indicare una morte imminente. Piccola tosse laringea senza espettorazione. — *Pozione con Kermes minerale, alla dose di 4 grani; pillole di muschio, canfora e nitro, due grani per pillola.*

Alla sera, l' oppressione nel respiro diminuisce, dal Kermes niuna evacuazione.

I 24, 25, 26 e 27 — L' istesso metodo curativo; leggiero miglioramento. Il polso essendosi fatto un qualche poco più sostenuto, prescrivo il sanguisugio coll' applicazione della ventosa sul torace e due vessicanti alla parte interna del braccio.

I 28, 29, 30. sospese le pillole di muschio e di canfora, non meno che l'uso del Kermes. — Si sostiene l'annunziato miglioramento, il quale però è stazionario, nè è tale, che ritener si possa come un annunzio di probabile guarigione. — Fino dall' impiego dei rimedj indicati il malato trovasi in uno stato, che può dirsi falsamente buono: egli non ha punto la coscienza della sua situazione e credesi anzi convalescente; scomparso affatto è il senso di soffocazione; non è avvertita nè da esso nè dagli astanti la benchè più piccola oppressione nel respiro, il quale

mostrasi soltanto un poco più frequente del naturale; leggerissima tosse, che ha i caratteri della tosse gutturale e laringea, congiunta ad una espettorazione di un mucco catarrale.

1.° ottobre: per la prima volta, sudore; nella notte tra il 30 settembre ed il 1.° ottobre, qualche spurgo di color verdastro; color cutaneo un poco più acceso del naturale; l' ascoltazione e la percussione danno gli stessi resultati offerti in principio della malattia.

Ritornasi all' uso delle pillole di canfora e di muschio. Sei sanguisughe colla successiva applicazione della ventosa sul lato affetto.

Il 4: delirio gajo; tremor delle labbra; più pronunziato il lividore della faccia; il malato può giacersi sul lato sano, senza che ne avvenga una sensibile oppressione nel respiro; egli sorte dal letto durante la notte.

Il 5, a mattino; cute livida, violacea, soprattutto alle mani ed alla faccia, freddo alle estremità, delirio: nonostante ciò, coerenza nelle risposte. Respirazione frequente, sospirosa, senza rantolo; difficilissima la deglutizione; morte, due ore dopo la mia visita.

Necroscopia. — Poca quantità di liquido esiste nella cavità della pleura; il polmone sinistro, voluminoso, oltre modo pesante e indurito quasi in totalità. Le sue forme si mostrano perfettamente eguali a quelle che questo viscere assume quando vien disteso per dell' aria in esso insufflata dalla trachea, o per una estesa injezione di cera. Nella fig. 1. Si vede presentare sulla sua faccia interna una concavità profonda, che corrisponde alla convessità del cuore; quindi, alla sua base, altra concavità egualmente profonda corrispondente al diaframma; alla sua base pure vedesi una disposizione, rara a riscontrarsi nell' uomo, frequente negli altri animali, cioè a dire, una solcatura che separa tra loro delle piccole masse di lobuli.

In altro lato, mostransi distintamente alla sua super-

ficie i lobuli del viscere, e con tal chiarezza, che sembrerebbe fossero stati attaccati, a uno per volta, dalla malattia.

Il lobo superiore presenta alla sua superficie, in un certo numero di lobuli polmonari, un color violetto (ved. fig. 1). Ivi il polmone è depresso ed offre una mollezza rimarchevole, la quale contrasta colla spessezza dei lobuli circonvicini. Il notato color violetto resulta dall' infiltramento sieroso nei lobuli polmonari, talchè, in questa parte, il parenchima del viscere ne avrebbe imposto per del tessuto cellulare infiltrato.

Del resto, la superficie del polmone (fig. 1) è ricoperta da gran quantità di vasi di nuova formazione e da molte macchie sanguigne; i quali vasi e macchie appartengono a delle false membrane sottilissime, che lascíansi distaccare colla massima facilità. I grossi tronchi di questi vasi di nuova formazione, restano al di sotto la pleura; le diramazioni più piccole han sede entro le linee cellulari che separano i lobuli, e le diramazioni minime, sui lobuli stessi.

La base del polmone è ricoperta da una pseudo-membrana P S I, infiltrata di sangue.

La fig. 2 rappresenta la sezione del lobo superiore e del lobo inferiore. Vi si osserva il suo color biancastro; e può, del pari, giudicarsi della sua straordinaria consistenza e della sua disposizione granulosa, poichè ciascuna vessichetta rappresenta una granulazione. Si vede inoltre, che tutti i lobuli ponno tra loro venir separati; che in alcuni punti, un solo lobulo è trasformato in granulazione in mezzo a dei lobuli infiltrati di siero, mentre in altra parte in un lobulo infiltrato esistono numerose granulazioni.

Tutto il lobo inferiore presentava un aspetto assai rimarchevole come di granito, cioè, un insieme di punti bianchi mischiati ad altri punti rossi.

La sommità del polmone sinistro offriva delle piccole caverne comunicanti ampiamente coi bronchi, e nelle parti vicine, dei tubercoli disseminati; caverne e tubercoli, i quali erano evidentemente di data anteriore alla ultima malattia. Finalmente, una dozzina di tubercoli riscontravansi nel destro polmone.

MALATTIE DELLA VESSICA E DELLA PROSTATA.

(Tavola III.)

Figg. I *e* I'. *Malattie della prostata.*

Le figg. I e I' rappresentano una di quelle sì frequenti lesioni, designate da Everardo Home col titolo di *sviluppo del lobo medio della prostata.*

Non ha dubbio, che il tumore lobuloso L M P, prominente nella vessica, render dovea la emissione delle orine sommamente difficile; e che questo organo avesse frequentemente a lottare contro un ostacolo esistente al suo collo, van chiaramente mostrando tanto la spessezza delle sue pareti, come le cellule C, C, C che in esse si osservano. Frattanto, privo affatto di qualunque notizia risguardante il soggetto di questa osservazione, dir non saprei se altro sconcerto fossesi aggiunto alla presunta difficoltà nella emissione dell' orina, e se trattassesi unicamente di non completa libertà di questa funzione, o sivvero, di funzione totalmente impedita. Dei quali due supposti sembrami il primo più del secondo ammissibile, in quanto che, avendo il tumore una base assai estesa, ammetter doveasi, che nelle contrazioni della vessica giunger non potesse a far l' ufizio di una valvula, ad applicarsi, cioè, sulle pareti di essa, in modo da otturarne ermeticamente l' orifizio. Nè qui uopo è il ripetere, che non sempre è a misurarsi l' ostacolo alla emissione delle orine sul volume del tumore, e

che non infrequentemente avviene la ritensione di questo liquido ed il bisogno della sonda abituale per dei tumori piccolissimi, dotati di mobilità; nel tempo stesso che, altra volta, tumori voluminosi appena dan segno di loro presenza.

Il tumore prostatico, dalla di cui estremità anteriore ha origine il verumontanum biforcato V O, non resulta unicamente da una ipertrofia circoscritta di questa glandula, ma costituisce ancora una vera degenerazione tubercolosa; circostanza, su cui si fonda la importanza del caso, e per la quale stimai bene doverlo qui riportare, perchè se comunissime sono le ipertrofie della prostata, rare sono le sue degenerazioni, tra le quali poi rarissima la degenerazione cancerosa.

La fig. 1ª rappresenta: 1.° la sezione della prostata S P, 2.° la sezione della vessica, di cui rendesi apprezzabile la somma grossezza delle pareti. Si ha poi nella sezione della cellula C la circostanza rimarchevole ed in opposizione a ciò che osservasi ordinariamente nelle cisti vessicali, l' andare essa, cioè, provvista di una tunica muscolare: poichè le cisti vessicali sono, le più spesse volte, non altro che delle semplici ernie della membrana muccosa a traverso la membrana muscolare, dalla quale, tutt' al più, distaccansi talora alcune fibre, che veggonsi applicate su qualche punto della superficie della ciste. Nè in altro modo può rendersi conto della disposizione rappresentata dalla fig. 1ª, se non che ammettendo, che negli sforzi di una vigorosa contrazione, necessari alla espulsione dell' orina, la porzione delle pareti della vessica che corrisponde alla cellula C, meno resistente, abbia ceduto. Finalmente farò rimarcare, che parimente in opposizione a ciò che osservasi per l'ordinario, l'orifizio della vessica trovasi, in questo caso, più largo del suo fondo.

Fig. 2. *Echimosi della vessica in un fanciullo morto per vajuolo.*

La fig. 2 rappresenta una vessica che avea appartenuto ad un bambino di cinque in sei anni, morto nel corso della eruzione vajuolosa. È ormai noto a chicchessia, che uno tra i più gravi sintomi del vajuolo si è la comparsa di petecchie e di echimosi sulle diverse superficj libere, e che frequenti volte, mostransi da esse come crivellate le membrane muccose delle vie gastro-enteriche, della trachea e dei bronchi. Ora, nel caso di che qui si tratta, era la muccosa della vessica, (fig. 2) la quale mostravasi sparsa di echimosi esistenti sulla sua superficie; affezione emorragica, la di cui origine riportar si deve ad una lesione del sistema capillare venoso, sulla quale avrò luogo d' intrattenermi in seguito.

Solo, ricorderò qui, che moltissime volte, ebbi luogo di riscontrare alla Maternità dei neonati con delle echimosi o macchie petecchiali sulla pelle e sulle origini delle muccose; e che in quelli, fra di essi, che erano mancati alla vita, la necroscopia avea mostrato simili macchie in quasi tutti gli organi, sulle membrane muccose, sulle sierose, nel tessuto cellulare e nella spessezza dei muscoli, la di cui bianchezza formava singolar contrasto col color nero degli stravasi sanguigni.

Fig. 3. *Calcoli prostatici.*

Frequentemente la osservazione pratica mostravami più o meno numerosi dei piccoli calcoli, del volume, cioè, del capo di uno spillo, impegnati in qualcuno dei numerosi orifizj pei quali la prostata versa il suo umore nel canale dell' uretra. Questo fatto, che è tutto di pertinenza anatomico-patologica, portavami pure all' altra nozione: che nello stato normale delle parti, la prostata va ad aprirsi,

per mezzo di un numero considerevole di pori o di orifizj, non sul verumontanum, come avea io fino allora creduto, ma su tutta la estensione delle pareti inferiore e laterale della porzione prostatica dell'uretra (*), e sulla parete superiore puranco, in tutti quei punti che corrispondono alla prostata stessa. Frattanto, in questo caso, rappresentato dalla fig. 3, il numero dei calcoli prostatici era così grande, che mai tanti aveva io potuto osservarne. Su quest' istessa figura, la vessica è stata divisa verticalmente nella sua parete posteriore, e la prostata, nella sua parete inferiore. Sulla parte destra di questa sezione veggonsi una quantità di piccoli calcoli miliari, brunastri, simili a dei grossi grani di sabbia, riuniti in fuocolare; sulla parte sinistra presentasi la struttura cellulosa della prostata, ed in ciascuna delle cellule veggonsi annicchiati uno o più calcoli. Finalmente, una sezione verticale praticata sulla parete superiore del canale dell'uretra, mette in chiaro, sulla porzione di prostata che circonda detta parete superiore, la stessa disposizione cellulosa, colla presenza dei nominati calcoli.

Tutta intiera la prostata era dunque trasformata in un tessuto spungioso, le di cui cellule, tutte comunicanti tra loro, erano ripiene di calcoli. E tra queste cellule aveansene di diversi ordini: le più piccole non contenevano che una sola concrezione; le più grandi erano ricetto di molte; finalmente mostravasi il gran fuocolare dei calcoli, le di cui pareti non erano punto disposte in ciste, ma presentavano una quantità innumerevole di aperture di comunicazione colle cellule prostatiche vicine.

In questo tessuto spungioso avrebbesi invano cercato qualche disposizione di altro tessuto che stesse a ricordare la struttura glandulare, e ciò, perchè i dutti escretori, rimasti soverchiamente distesi, aveano atrofizzato le granulazioni tra loro interposte.

(*) Vedete *mia anatomia descrittiva*, tom. II, splancnologia, p. 758.

Ora, i piccoli calcoli prostatici di che si tratta, sono tutti tagliati a faccette, e la piccola figura C' rappresenta uno di questi calcoli visti col microscopio. Sono essi di un color rosso bruno, o di un color d' ambra, trasparenti, simili a delle pietre preziose di un' acqua bellissima. Ed in quanto alla natura loro, resultano essi, secondo Wollaston, di fosfato calcare allo stato neutro, tinto da una materia colorante.

Una qualità rimarchevole di questi calcoli si è, il loro piccolo volume, che, con qualche varietà, non sorpassa quello di un grosso granello di miglio. Sembra poi, che essi conservino, presso a poco, il volume che ritenevano al momento della loro formazione, e che sieno non suscettibili di aumentarlo per agglutinamento.

Se ascoltar debbesi la teoria, i calcoli prostatici farsi potrebbero nuclei di calcoli orinari, e potrebbero ancora venire espulsi colle orine; ma, ambedue questi annunziati fatti non vengono, fino ad ora, constatati dalla osservazione.

Finalmente, questo genere di calcoli che resultano unicamente dall' umor prostatico, esser vogliono distinti dai calcoli orinarj che risiedono nella regione prostatica e che ponno acquistare un volume considerevole.

Fig. 4. *Flebite vessicale.*

Il Sig. Monod, Interno agli spedali, faceami pervenire il caso di flebite vessicale rappresentato dalla fig. 4. Egli avealo osservato nella clinica del Dupuytren in un giovane di 15 anni, morto in seguito di una malattia della articolazione ileo-femorale destra.

Nella consecutiva necroscopia aveasi riscontrato il capo del femore consumato; i tre pezzi costituenti l' osso coxale separati, ed una carie di tutta quella porzione di cavità cotiloidea, che appartiene all'osso ileo. Quindi, le due vene ipogastriche erano completamente obliterate da dei grumi

compatti, nerastri, per cui dette vene rimanevansi intieramente estranee alla circolazione. Del pus giallastro riempiva, in totalità, la rete venosa che circonda il collo della vessica e tutte le numerose vene che serpeggiano lungo i lati di essa, alcune delle quali mostravansi dilatate in ampolle, ampolle o rilievi che corrispondevano a tante raccolte di pus; assai compatto e fragile osservavasi il tessuto cellulare, circumstante a dette vene. È poi a rimarcarsi in questo caso la glandula prostata, P compenetrata di pus che, previa una compressione, fluiva da tutti i punti di essa e la di cui provenienza, stimava io, dovesse riportarsi alle vene prostatiche infiammate. Veggonsi poi sulla figura la vena iliaca primitiva sinistra V I P e l'orifizio della vena iliaca esterna O V I E: un grumo sanguigno giunge quasi fino a questo orifizio approfondandosi poi nella vena ipogastrica e nelle vene vessicali, ove, dopo poco tratto, mostrasi rimpiazzato da del pus P P, che, ora, trovasi in contatto immediato colle pareti della vena, ora, separato da queste pareti per mezzo di una sottil pseudo-membrana.

Fascicolo 58.

MALATTIE DELLO STOMACO.

(Tavola I.)

Fig. 1. — *Cicatrici di ulcerazioni foglicolari*

Lo stomaco rappresentato dalla fig. 1 di questa tavola appartiene all'istesso soggetto a cui spetta l'intestino reso dalla fig. 1 della tav. II di questo fascicolo. In questo caso le stesse macchie e placche color d'ebano o di lavagna scuro, che veggonsi in questo stomaco riscontravansi pure nel duodeno ed in tutta la lunghezza dell' intestino tenue, ciò che mostrava evidente la identità della lesione.

Frattanto, era io d' avviso, che tali macchie nere altro non fossero a riguardarsi che delle cicatrici di una ulcerazione foglicolare dello stomaco. Nè a questo giudizio stava punto in opposizione la forma irregolare di queste macchie, poichè, soventi volte, avemmo luogo di riscontrare nei casi di cicatrici dell' intestino tenue, lo infiltramento della materia nera diffuso irregolarmente attorno la perdita di sostanza e talvolta ancora per un tratto così esteso, da oltrepassare in tutti i sensi le placche ed i foglicoli isolati, sede manifesta della infiammazione ulcerosa.

Considerazioni generali sulle ulcerazioni foglicolari dello stomaco.

La gastrite foglicolare sembrami non aver bastantemente richiamato l' attenzione dei medici osservatori, e ciò forse per la mancanza di una esatta descrizione anatomica dei foglicoli dello stomaco (*).

Ora, la infiammazione ulcerosa dei foglicoli dello stomaco è una forma assai frequente della gastrite; e molte volte potei evidentemente constatare, aver la sede in detti foglicoli le numerose erosioni superficiali, da cui mostravasi come crivellata la superficie interna di alcuni stomachi. Vero però si è, che così piccole ulcerazioni sottraggonsi talvolta a un esame superficiale, perchè nascoste al di sotto il denso strato di muco che riveste abitualmente la superficie interna del viscere.

Non è raro poi l' osservare, negli ultimi periodi delle malattie croniche, delle erosioni emorragiche dello stomaco, erosioni che han per resultato, ora delle ematemesi, ora delle dejezioni sanguinolente color cioccolata. E queste erosioni su cui non si è ancora bastantemente fissata la osservazione dei pratici, andranno, in seguito, formando soggetto di descrizioni particolari, munite di corrispondenti figure.

Spettano intanto a questo genere di alterazioni i casi seguenti.

Una donna di avanzata età, morta anasarcatica e sulla quale non pervennemi alcuna notizia istorica, mostrommi

(*) Senza volere io intrattenermi sulla descrizione anatomica di questi foglicoli, ricorderò qui soltanto, che essi sono numerosissimi, sferoidali, del tutto simili ai foglicoli isolati dell' intestino tenue, cioè a dire, presentanti l' aspetto di vessichette trasparenti, molto somiglianti alle vessichette corticali dei frutti della esperide, e che differiscono, appunto per questi caratteri, dai foglicoli ombilicati dei grossi intestini.

lo stomaco crivellato da innumerevole quantità di piccole erosioni, le quali sembravano fossero state create dal bisturino. Quelle, fra queste ulcerazioni che occupavano, da un lato, il gran cul di sacco, e da un altro lato, l'estremità pilorica, erano, per la maggior parte, ripiene da una materia nera o color sungia, ad esse aderente, e che altro non era se non che del sangue coagulato e chimicamente alterato nel suo colore dagli acidi dello stomacò. Le altre erosioni poi che non erano ripiene di questo sangue, aveano i bordi rosei e il fondo grigiastro.

In altra donna, mancata alla vita con due cancri mammari, e che nel giorno stesso della sua morte era stata assalita da una ematemesi, riscontrai lo stomaco tappezzato da denso strato di muccosità, color sungia: la materia colorante mostravasi mescolata al muco sotto forma di strie nerastre; quindi, attraverso il notato strato di muco, vedeasi la superficie interna dello stomaco sparsa di macchie nere, di diverse dimensioni, alcune, cioè, miliari, altre lenticolari ed altre di forma irregolare, e tutte corrispondenti a delle ulcerazioni od erosioni della muccosa, nelle quali era deposto del sangue. Ora, dalla descrizione del modo di essere di queste lesioni nascerebbe la questione, se la sede di esse fosse realmente da riporsi nei foglicoli. Su di che basterammi il rammentare, che non altro se non che produzioni di erosioni o di esulcerazioni foglicolari sono a considerarsi le ulcere croniche dello stomaco, le quali han formato, più volte, soggetto di molte figure e di dettagliate descrizioni; ciò che trovasi pure pienamente confermato dal fatto seguente.

Fummi trasmesso uno stomaco appartenente a una donna tisica, morta nell'età di 68 anni, la quale non avea mai offerto alcun sintoma che indicasse malattia di questo viscere, ed avendo conservato integro l'appetito fino agli ultimi momenti della vita.

In questo stomaco riscontrai, 1.° una ulcera cicatriz-

zata, della grandezza di una moneta di 20 soldi, occupante la grande curvatura dello stomaco in prossimità della grande tuberosità, e coi bordi tagliati perpendicolarmente.

Presso il punto medio della sua circonferenza questa ulcera presentava una solcatura circolare, assai pronunziata, e tutto il suo fondo era costituito da un tessuto fibroso sottile, ma resistentissimo.

Veniva essa poi circondata da una zona rossa irregolare, la quale esaminata colla lente, vedevasi formata da dei piccoli fascetti vascolari, di apparenza venosa, appianati, disposti nel senso della lunghezza delle villosità e terminanti in vasi venosi più profondamente situati.

2.° Osservavansi ancora in questo stomaco altre cinque ulcerazioni più piccole, tre delle quali in prossimità della ulcera principale già descritta, e due, presso la estremità pilorica; le prime tre erano lenticolari, recenti e formate soltanto a spese della muccosa; le due altre, di un diametro più considerevole, resultavano dal consumo delle membrane muccosa e fibrosa. Tutte queste piccole ulcere, come la ulcera più grande, vedevansi circondate da una zona rossa, segno certo, che esse erano in via di accrescimento.

Finalmente, in una donna di 50 anni, morta di tise polmonare con diarrea cronica, potei osservare: 1.° molte ulcerazioni, color lavagna nel grosso intestino; 2.° delle migliaja di ulcerazioni foglicolari nell'intestino tenue, dalla valvula ileo-cecale fino al piloro, e dico fino al piloro, perchè, immediatamente al di sotto di esso, nel primo tratto, cioè, del duodeno, mostravansi delle piccole erosioni, come, se la muccosa fosse stata asportata colla punta di un bisturino; 3.° una ventina di ulcerazioni analoghe a queste ultime sulla superficie interna dello stomaco, primo caso per me, di ulcerazione, estesa a questo viscere negl' individui morti per tise.

Fig. 2. *Vegetazioni polipose dello stomaco.*

La fig. 2 rappresenta uno stomaco, dalla di cui interna superficie elevavansi una quantità di vegetazioni polipose di diverse forme e di diverse dimensioni.

Molte di queste vegetazioni esistevano aggruppate attorno l' orifizio esofageo, altre, in prossimità del piloro. Tutte venivano esclusivamente formate a spese della membrana muccosa; erano peduncolate, ad eccezione di quelle allo stato nascente, ed il peduncolo stava in rapporto col peso della vegetazione; il più grande di questi polipi V P, era biforcato e lobuloso, e previa una sezione dei suoi peduncoli, giungevasi a conoscere, che alla sua formazione contribuiva soltanto la membrana muccosa, mentre affatto estranee ad essa si rimanevano le altre membrane dello stomaco.

In generale, il tessuto di questi polipi sembrava resultare da un ispessimento o ipertrofia circoscritta, senza cangiamento di struttura della membrana muccosa; solo, il tessuto del polipo principale offriva una disposizione areolare e gelatiniforme che, di primo tratto, me ne imponeva come per dei foglicoli muccosi sviluppatissimi, ma che, dietro più attento esame, mi si manifestò con tutti i caratteri del cancro areolare gelatiniforme.

Le granulazioni F, che veggonsi attorno alcuni di questi polipi, altro non sono, che dei foglicoli muccosi sviluppati.

Considerazioni generali.

Non son rarissimi i casi di vegetazioni polipose dello stomaco; riscontravane, non ha guari, una dozzina nello stomaco di una vecchia della Salpêtrière, morta di pneumonite, non avendo mai accusato alcun sconcerto di stoma-

co; in un altro soggetto riscontrai cinque o sei vegetazioni a peduncolo sottile, ed in prossimità del piloro una quantità di mammelloni o vegetazioni allo stato nascente impiantati su di una porzione di muccosa sommamente ispessita, esattamente limitata da tutti i lati, di modo che, se questo soggetto avesse vissuto più lungo tempo, vi ha tutta la probabilità per credere che esso avrebbe offerto un esempio di polipo composto, o di quel polipo, cioè, resultante da grosse vegetazioni, su cui sovrappongonsi altre vegetazioni più piccole. Le vegetazioni polipose dello stomaco sono, quasi sempre multiple, e di una forma variabile, nei primi tempi della loro produzione. Infatti, in principio, sono, talvolta, non altro che semplici ispessimenti della membrana muccosa, altra volta, dei mammelloni conici a sommità libera, o anche dei mammelloni cilindroidi; ma, a misura che la ipertrofia, (vada essa pure congiunta a degenerazioni), fa dei progressi, presentansi questi polipi sotto l'aspetto di tumori sferoidali, lobulosi, peduncolati.

Gl' intestini puranco son del pari che lo stomaco, suscettibili di polipose vegetazioni. Feci io, non ha guari, rappresentare un bell' esempio di polipo dell' intestino tenue in un caso di invaginazione, alla di cui formazione affatto improbabile non sarebbe che detta vegetazione avesse contribuito; quindi, in un altro caso, riscontrava nel grosso intestino un piccolo polipo, il quale consisteva in un tumore, color feccia di vino scuro, del volume di una grossa mandorla, munito di lungo e sottil peduncolo, tumore, la di cui sezione dette luogo a riscontrare del sangue infiltrato nel tessuto della muccosa.

Tutti i giorni, per così dire, riscontransi alla Salpêtrière, dei polipi nascenti dalla faccia interna del corpo dell' utero; più raramente, dal collo di questo viscere; sono questi delle vegetazioni più o meno voluminose, sommamente vascolari, spesse volte, molteplici, nascenti dalla mem-

brana che riveste la cavità uterina, completamente estranei al tessuto proprio dell' utero e contenenti nella loro spessezza un numero più o meno considerevole di foglicoli muccosi, in un grado avanzato di sviluppo.

A due particolari circostanze riportar si deggiono gli sconcerti morbosi che si associano alla presenza delle vegetazioni polipose nello stomaco: 1,° alla loro degenerazione, 2.° allo ostacolo meccanico che esse arrecar ponno al corso delle sostanze alimentizie, e segnatamente quando risiedono presso gli orifizj cardia e piloro, ma in particolare, presso quest' ultimo. Tra i numerosi casi di anatomia patologica che la Facoltà di medicina ha fatto rendere colle figure, uno bellissimo ve ne ha rappresentante un polipo gastrico cilindroide nato in prossimità del piloro, il quale penetrava per questo orifizio nel duodeno. In questo caso, che fu raccolto nella clinica del sig. Husson, gli sconcerti di ritensione delle sostanze alimentizie nello stomaco, di principio, intermittenti, eransi fatti poi permanenti ed avean cagionato la morte. Per cui agevole è a concepire, che, di primo tratto, il tumore dovea, solo per momenti e come accidentalmente, rimanere impegnato nell' orifizio pilorico, ma che in seguito, in grazia di un aumento di volume, dovea ivi essersi fissato stabilmente, malgrado il movimento peristaltico e antiperistaltico dello stomaco, e malgrado la contrazione del piloro; la quale probabilmente era stata una delle cause della spontanea riduzione del tumore, perchè avea contribuito ad aumentarne il volume, opponendosi al ritorno del sangue venoso e determinando così degli stravasi di sangue attorno di esso.

In quanto alla degenerazione cancerosa dei polipi rammenteremo qui, come essa frequentemente la si riscontri; e che probabilmente non altro che delle vegetazioni polipose degenerate riguardar si deggiono le degenerazioni cancerose, che sul piloro e sulle parti adjacenti tanto spesso si osservano.

Dalle vegetazioni polipose uopo è il distinguere i tumori grassosi, che talvolta ne presenta la muccosa, la quale resta da essi sollevata; ordinariamente piccolissimi e del volume di un pisello o di una nocciuola, questi tumori adiposi ponno acquistare il volume di una mandorla. E di questo volume riscontravane uno io stesso, non ha guari, in prossimità del piloro, ricoperto dalla membrana muccosa, la quale erasi conservata intatta.

MALATTIE DEGLI INTESTINI.

(Tavola II.)

Le figg. 1 e 2, tav. II rappresentano, colla più grande esattezza, gl' intestini appartenenti a dei soggetti, sui quali manco affatto di notizie istoriche: fondato però su dei fatti analoghi, credo potere affermare, che in queste figure non altro deesi vedere se non che degli esempj di cicatrizzazione di ulcerazioni intestinali, e più particolarmente, di ulcerazioni resultanti da enterite foglicolare cronica.

Nella fig. 1 si ha rappresentato l' ultimo tratto dell' intestino tenue I T, della lunghezza di un piede. Vi si veggono le placche di Peyer indicate da un color lavagna; tra le quali è a rimarcarsi, nelle due più alte, di cui una viene indicata dalla lettera C, il colore non occupante che un piccolo tratto della loro estensione.

Su quella porzione d'intestino tenue che resta in prossimità della valvula ileo-cecale, si osservano delle perdite di sostanza C, B, a fondo intensamente nero da me riguardate come tante cicatrici di ulcerazioni; quindi la loro forma irregolare; la mancanza di riproduzione della muccosa in prossimità di esse; finalmente, il color nero diffuso, fino ad una certa distanza, al di sotto la membrana muccosa stessa.

Sulla valvula ileo-cecale si presentano altre perdite di sostanza, del tutto simili alle precedenti.

Lungo il grosso intestino poi riscontransi una quantità di macchie irregolari, di un nero lavagna più o meno scuro.

La fig. 2, che appartiene a un altro soggetto, presenta

verso il termine dell' intestino tenue, delle cicatrici identicamente simili a quelle della fig. 1; le quali si fan più rare a misura dello allontanarsi dalla valvula, e scompariscono affatto alla distanza di diciotto pollici da essa. L' intestino grosso trovavasi nel più perfetto stato d' integrità.

Considerazioni generali. — L' anatomia patologica non limitasi allo studio delle lesioni organiche in un'epoca data del loro sviluppo, ma le segue puranco nelle loro diverse fasi o periodi, dal primo momento della loro comparsa, dal loro *punctum saliens*, se così lice spiegarsi, fino al loro apogeo, e dal loro apogeo fino ai loro diversi modi, nei quali vanno a terminare. E se ella può dirsi eminentemente utile perchè fa conoscere tra questi diversi modi, quelli che traggono a morte; tale pure potrà riguardarsi quando, per una parte, andrà stabilendo una linea di demarcazione tra le lesioni curabili e le lesioni incurabili, e quando, per altra parte, si approfonderà nel meccanismo di quegli esiti che portano alla guarigione.

Tra le lesioni suscettibili di guarigione ripor si deggiono le ulcere acute e croniche semplici del tenue e grosso intestino. Ora, la forma ulcerosa è una delle forme le più frequenti della enterite foglicolare acuta, la quale può distinguersi in primitiva ed in consecutiva.

L' ulcera cronica intestinale osservasi, quasi costantemente, nell' ultimo periodo della tise polmonare, e una tal complicanza render dee sommamente guardingo il pratico nella applicazione, in simili casi, dei rimedi farmaceutici sull' interna superficie del tubo gastro-enterico.

Ed anche le ulcere croniche intestinali si consociano, spesse volte, a dei tubercoli sub-peritoneali e sub-muccosi, o come innestate riscontransi su di un fondo scrofolare.

Ciò però non faccia mai ritenere le ulcere croniche

dell' intestino tenue come appartenenti alla classe delle malattie tubercolari, chè un tal giudizio tanto erroneo sarebbe, quanto il riguardare dette ulcere qual complicanza necessaria dei tubercoli del polmone. In molti casi io stesso le potei riscontrare disgiunte affatto da qualunlunque segno o vestigio di tise polmonare.

Una importante questione in quanto al modo di formarsi delle ulcere intestinali si è, se queste abbiano il primo loro sviluppo dai foglicoli agminati o isolati; questione, che se per la maggior parte dei casi scioglier si deve colla affermativa, non esclude però, che talvolta aver si possa una ulcerazione per lesione primitiva del tessuto proprio della muccosa, e qualche volta ancora per l' attacco primitivo delle villosità stesse, le quali mostransi allora come tagliate a picco e come se fossero state sradicate.

Nel caso della lesione primitiva dei foglicoli, la ulcerazione presentasi talvolta limitata ai foglicoli soltanto, tal altra volta, estesa al di là dei limiti del piccolo sacco foglicolare, ed allora non solamente tutta la estensione della placca di Peyer costituisce una sola e medesima ulcera, ma la perdita di sostanza sorpassando pure, in tutti i sensi, i foglicoli agminati, assume un' altra forma, ed estendesi, a seconda della circonferenza dell' intestino, cioè a dire, perpendicolarmente al suo asse, invece che nel senso della sua lunghezza; finalmente, si veggono talvolta delle ulcere che occupano tutta la circonferenza dell' intestino, e presentano una perdita di sostanza, più o meno regolarmente disposta a zona, dal che la distinzione tra le ulcere *laterali* e le ulcere *circonferenziali* o a zona.

Due sono gli accidenti più rimarchevoli ai quali ponno dar luogo le ulcere intestinali, la perforazione, cioè, ed il ristringimento. Un terzo accidente potrebbe forse aggiungersi a questi, dir voglio della emorragia, la quale, però è degli altri due avvenimenti assai più rara.

1.° *Il ristringimento* non osservasi che nel caso di ulcera circonferenziale; poichè venendo essa a cicatrizzarsi, ne consegue una tendenza incessante alla diminuzione di calibro dell'intestino, che non tarda a otturarsi completamente, portando in campo tutti gli sconcerti proprj dello strozzamento interno.

Così, nell' istesso modo che nelle ulcerazioni circonferenziali del piloro, in queste ulcerazioni degl'intestini puranco, la cicatrizzazione venendo a intercettare meccanicamente il passaggio delle sostanze alimentari, fassi causa di morte, mentre se mantengasi la perdita di sostanza che costituisce l'ulcera, può con essa esser compatibile la vita od anche una apparente salute.

2.° La *perforazione* del canale alimentare è uno dei più frequenti resultati delle ulcere acute che ingeneransi lungo la sua interna superficie. Un individuo che sembra convalescente di una enterite foglicolare acuta, e che è in grado di alzarsi e di prendere degli alimenti, tutt'in un tratto, vien sorpreso da tutti quegli sconcerti che son proprj di una peritonite acuta, i quali traggono, in breve tempo, il malato alla morte. Talvolta una sola ulcera basta a portare sì tristo resultato; basta ancora, che il processo di ulcerazione continuisi non solamente su tutta la superficie di un' ulcera, ma in un punto circoscritto di essa. Simile in ciò, al cancro, il processo ulceroso non rispetta parte alcuna, e quando esso ha distrutto la tunica fibrosa degl' intestini, ben poco ostacolo gli resta a vincere nelle tuniche muscolare e sierosa. Dietro tali considerazioni, non sono mai troppo a raccomandarsi al pratico, nella enterite foglicolare acuta, i mezzi per ottenere il completo allontanamento di qualunque processo di ulcerazione, il quale può soprastare alla febbre e prolungarsi ancora fino nella convalescenza. E siccome, qualunque sia il modo di opinione su questo genere di enterite, il processo ulcerativo sarà sempre a riguar-

darsi come resultato diretto e necessario della flogosi intestinale, così, precetto essenziale di cura ritener si deve l' uso degli antiflogistici; nè mai da reputarsi eccessivo il timore di esasperare la malattia coll' uso delle sostanze che aver possano una qualche proprietà irritante, tra le quali, in special modo, le sostanze purgative.

E qui non posso a meno di ripetere una verità che le tante volte veniva constatando coi fatti pratici, e che in generale non è sempre bastantemente intesa; che cioè, in tutte le malattie febbrili, il momento dello allontanarsi della febbre non coincide colla guarigione della lesione locale, ma solo colla cessazione dell' andamento progressivo della malattia. Caduta la febbre, allora soltanto comincia la risoluzione nella pneumonite; le ulcere intestinali divengono stazionarie e quindi, grado a grado, cominciano a cicatrizzarsi nella enterite foglicolare acuta; ma, in quel momento però, la più piccola causa può far ritornare in campo il moto febrile, rinnovando il processo ulceroso o mantenendo il processo locale di erosione in una o più ulcere.

3.° *L' emorragia.* — I vasi degl'intestini non vanno esenti dal processo ulcerativo, dal che la facilità alle emorragie. Però, siccome i vasi che serpeggiano nella spessezza delle pareti intestinali non sono di tanto volume quanto quelli che circondano lo stomaco, così non è a sorprendere, se la morte per emorragia riscontrasi più rara nelle ulcere acute o croniche dell' intestino, che in quelle acute o croniche dello stomaco.

Tanto l' ulcera acuta come l' ulcera cronica dell' intestino determinar può la perforazione di esso e portare al versamento delle materie intestinali nella cavità del peritoneo: e cotal perforazione con versamento sarebbe anche più frequente a riscontrarsi di quello che sia per l' ordinario, se delle aderenze salutari stabilendosi tra l' ansa intestinale ulcerata e le anse intestinali vicine, non pre-

venissero il notato versamento, e con esso le sue conseguenze; di più, egli accade sovente, che in questi casi di aderenze, il processo di ulcerazione sorpassa ancora i limiti di queste aderenze, ed estendesi dall' ansa intestinale malata all' ansa intestinale in contatto, per cui, la ulcerazione procede dall' infuora all' indentro per rapporto a questa ultima ansa, dopo aver proceduto dall' indentro all' infuora nell' ansa prima; una comunicazione diretta si forma tra queste due anse, e si ha la fistola *bi-muccosa.* Nè è qui a dimenticarsi, che tali aderenze morbose stabiliscono negli organi tra i quali esse han luogo, delle connessioni vascolari e vitali in un modo assai regolare, propagandosi le lesioni organiche dall'uno all' altro di detti organi colla stessa facilità, come se, primitivamente questi organi aderenti avessero costituito un solo e medesimo organo. Simil fatto noi dimostrammo altra volta, potersi del pari osservare nei casi di cangrena e di cancro.

Le fistole bi-muccose intestinali ponno divenire un mezzo di salute, prevenendo i sinistri effetti di un ristringimento situato tra le due anse d' intestino comunicanti. Quindi la loro sede esser può, non solo tra le due anse di intestino tenue, ma tra il tenue e grosso intestino puranco. Si ha di quest' ultimo genere di comunicazione un caso assai rimarchevole pubblicato dal sig. Cloquet (*): un uomo, di 72 anni, in seguito di sordi dolori addominali, fu sorpreso da diarrea abbondante con aumento considerevole d' appetito; diarrea che niun mezzo bastò a frenare, e che, dopo un assai lungo tempo, tolse di vita il malato. Alla consecutiva necroscopia riscontrossi, che la porzione media dell' intestino tenue aderiva all' estremo dell' intestino colon lombare a sinistra. Una larga perforazione stabiliva una comunicazione tra i due intestini, di modo tale che, gli alimenti potevano passare direttamente dalla metà del-

(*) Nouveau journal de médecine, tom. I.

l'intestino tenue nella parte inferiore dell'intestino grosso, e da questo, congiuntamente alle materie fecali, refluire nel tenue, per ripassar poi nuovamente nel primo.

In questo caso, il sig Cloquet fa giustamente osservare, che, sotto qualche rapporto il malato trovavasi nella posizione degli individui attaccati da un ano contro natura.

Passiamo ora a studiare il meccanismo della cicatrizzazione delle ulcere intestinali.

La muccosa distrutta non può mai più ripararsi.

Per tal circostanza dunque, la cicatrice delle soluzioni di continuità con perdita di sostanza nelle membrane muccose, differisce essenzialmente dalla cicatrice delle soluzioni di continuità con perdita di sostanza nell' apparato cutaneo. Infatti, mentre nella cicatrice di questa ultima specie, la cute circonvicina prestasi e lasciasi distendere per quel tanto che è necessario alla completa formazione del tessuto nuovo della cicatrice; nella cicatrice delle muccose, mancando affatto la distendibilità di queste membrane, le dimensioni della cicatrice rappresentano, in genele, con molta esattezza, quelle della perdita di sostanza. A tal regola però non mancano numerose eccezioni, chè molte volte occorsemi di osservare nello stomaco e nel grosso intestino, dei punti che offrivano una marcata compattezza di tessuto, e che erano come i centri di tanti radiazioni rilevate o increspamenti, ossia i punti di mancata sostanza, attorno ai quali era avvenuta come una attrazione delle parti vicine.

Una seconda non meno rimarchevole differenza tra la cicatrice cutanea e la cicatrice delle muccose, consiste in ciò, che la prima continuasi col tessuto della pelle senza alcuna linea di demarcazione, dopo quella che stabilisce la divisione tra i due tessuti, mentre la seconda non continuasi punto coi bordi dell' ulcera, i quali anzi costitui-

Assai frequentemente riscontrava io il colore di che si tratta sulla muccosa intestinale delle Vecchie della Salpêtrière, delle quali niuna notizia pervenivami riguardo al loro stato precedente, mentre sapeasi soltanto che, qualche giorno avanti la loro morte, godevano esse della miglior salute, e perfettamente normali procedevano le funzioni digestive. Ora, la sede di questo color lavagna era, le più spesse volte, nelle papille, le quali mostravansi come picchettate e talvolta tinte egualmente in tutta la loro estensione.

Quest' istesso colore vedesi spesso sui foglicoli agminati dell' intestino tenue, ed occupa gli orifizj depressi di questi foglicoli; nè meno spesso lo si riscontra nel centro ombelicale dei foglicoli del grosso intestino (*), e comunemente, nelle ulceri croniche non cicatrizzate dello stomaco e degli intestini.

Le cicatrici e macchie nere rappresentate dalla tav. II sono, per me, a considerarsi come resultati di una enterite foglicolare acuta, deducendosi ciò dalla loro sede, che è la sede ordinaria della enterite foglicolare, e che non è sempre limitata al termine dell'intestino dalla valvula ileo cecale, ma che talvolta si estende ancora ai foglicoli isolati dell'intestino grosso.

Nell'essere io medico alla Maternità, in due sezioni soltanto di due donne, morte di peritonite puerperale le cicatrici intestinali mi si mostrarono sgombre del color lavagna, mentre costantemente lo riscontrai in tutte le altre sezioni, che in grandissimo numero, avea io luogo di praticare in detto Ospizio, e delle quali ecco qui alcuni commemorativi.

» In queste sezioni riscontrava l' intestino tenue spar- » so di placche di un nero-lavagna; le quali non occu- » pavano che il terzo inferiore di questo intestino e » rappresentavano esattamente per la forma e per la sede

(*) I foglicoli della vagina presentano talvolta l' istesso aspetto dei foglicoli del grosso intestino; sono essi, cioè, ombilicati e neri nel centro; e solo nei casi di questa specie, potei io bene apprezzare la esistenza dei foglicoli in detto canale.

» loro, le ulcerazioni del termine dell'intestino tenue nella
» enterite foglicolare; molte di queste placche cicatrizzate,
» non offrivano che alcuni avanzi dei foglicoli. Il color nero
» non era sempre limitato alle placche, ma estendevasi, in
» molti casi, a una certa distanza, di modo tale che tra
» queste macchie nere irregolari, alcune ve ne erano
» nelle quali non riscontravasi più la forma dei foglicoli
» agminati. Il grosso intestino offriva altre piccole placche
» nere, nel centro delle quali erano dei piccoli punti più
» neri, che corrispondevano al pertugio dei foglicoli. »

A queste note necroscopiche aggiungerò quelle relative a una perforazione intestinale, operatasi nel fondo di una ulcerazione color lavagna.

» In un individuo tubercoloso, rimasto vittima di una
» peritonite acutissima, trovammo una perforazione, la di
» cui sede rimaneva nel fondo di una delle numerose ul-
» cerazioni offerte dall'intestino tenue, e che sembravano
» rimontare ad epoche diverse: tra queste ulcerazioni ve
» ne erano infatti delle piccole, a superficie pallida; altre,
» nere, o circondate da un cerchio nero; molte ritenevano
» una forma irregolare, a bordi sfrangiati, dentellati, a su-
» perficie ineguale; il color nero-ebano estendevasi a di-
» stanza entro il tessuto cellulare sub-muccoso e le stesse
» glandule linfatiche ne andavano colorite.

Feci io rappresentare in cera, e quindi deporre nel Museo Dupuytren un grosso intestino, sparso di una quantità grandissima di ulcerazioni nero-lavagna. Spettava questo a una vecchia di 82 anni, la quale fu sorpresa da diarrea semplice, in principio, quindi da flusso dissenterico sanguigno, che portò, in breve, ai più letali sconcerti, alla perdita, cioè, della forza, alla piccolezza del polso, al color violaceo, al freddo delle estremità.

Non meno frequentemente delle membrane muccose il color nero lavagna mostrasi, del pari, sulle membrane sierose: così, tanto nel tenue che nel grosso intestino e dal

lato della loro superficie peritoneale riscontransi delle macchie di questo colore più o meno estese, macchie, che spesse volte, tengon dietro alla flemmasia intestinale. Questo colore riscontrava io pure, in altri casi, sul peritoneo, nei quali casi questa membrana prende un aspetto tigrato, ciò che specialmente si mostra nelle peritoniti sintomatiche sia di una affezione dell'utero, o nelle lesioni del fegato e dello stomaco; in questi casi, le macchie nere han sede nella falsa membrana adesa al peritoneo stesso e talvolta ancora, nel tessuto cellulare sub-peritoneale. Finalmente tutto il peritoneo ne vien colorito, nei casi di peritonite cronica.

È poi questo colore facile a riscontrarsi nelle arterie, quando esiste una irritazione cronica su qualche punto della superficie interna di questi vasi. In simili casi, quando abbiasi erosione della membrana interna, secrezione di materia cretacea nella spessezza delle pareti arteriose, accade spesso, che il bordo della erosione e tutta la spessezza delle tuniche arteriose, compresa puranco la membrana cellulare, contraggono il colore in discorso, che reputasi, in generale, non altro che il color cadaverico.

L'osservai pure, spesse volte, nelle glandule del mesenterio e nelle glandule lombari, le quali offrono allora, quasi sempre, un aspetto marmorizzato di grigio e di nero, molto analogo a quello delle glandule bronchiali, le quali, come ognun sa, presentano spesso questo istesso colore, che ordinariamente riguardasi come un segno di parti presso a poco nello stato normale.

Frattanto, più che in tutte le altre parti, uopo è studiare questo colore nei polmoni come nella sua sede principale. E primieramente domanderassi, se le macchie di diversa estensione, color lavagna più o meno scuro esistenti sulla superficie di questi visceri nel più gran numero dei soggetti di avanzata età, sono a riguardarsi come le tracce di una irritazione che avrebbe dominato nei detti visceri. In tal quesito, uopo è l'osservare che sebbene la induzione

sembri deporre per l'affermativa, è però così frequente la presenza di queste macchie, che male ammetterebbonsi delle cause prolungate d'irritazione polmonare in tutti gli individui che le presentano; così può dirsi a riguardo delle glandule bronchiali, le quali pure assai frequentemente riscontransi, come i polmoni, macchiate da simil colore, che talvolta è in esse così abbondante, da compenetrarne tutta la loro sostanza.

Indipendentemente dalle accennate macchie nere, il polmone presenta spessissimo delle gradazioni di color nero, le quali sono evidentemente il prodotto della cicatrizzazione delle soluzioni di continuità, che in esso polmone hanno avuto luogo e la conseguenza di uno stato di cronica infiammazione; così, nelle nostre vecchie della Salpêtrière riscontrasi comunemente, la sommità dei polmoni convertita in un tessuto nero, come di carbone, compatto, fragile, disseccato e come incartapecorito, completamente impermeabile all'aria, costituito da una materia nera infiltrata nel parenchima polmonare, e che mostrasi talora, riunita in fuocolare e mescolata ad una sostanza cretacea. Altra volta, questa istessa materia nera la si presenta infiltrata e come combinata, sulle pareti di una caverna tubercolare cicatrizzata, approfondantesi anche nella spessezza delle pareti medesime.

Talvolta una sostanza cretacea, color d' acqua di calce, mostrasi rinchiusa in una ciste a pareti color di lavagna o di un nero inchiostro.

In altri casi si osservano dei tubercoli neri, i quali sono come il vestigio e le cicatrici di antichi tubercoli caseiformi.

E qui per ultimo annunzierò un fatto, constatatomi più volte dalla esperienza nelle affezioni tubercolari dei vecchi; cioè, che *i tubercoli* riescon talora un mezzo *di guarigione pei tubercoli stessi*; che vi han dei tubercoli di *cicatrizzazione*, tubercoli dotati di rimarchevole consistenza, grigi o neri, estremamente piccoli, riconoscibili dal tatto più che dalla vista, alla quale si sottraggono spesso, immersi come essi si trovano entro il tessuto polmonare, color lavagna.

MALATTIA DEL CUORE.

(Tavola III.)

Rottura spontanea del cuore.

Il cuore rappresentato su questa tavola, apparteneva ad una vecchia di circa ottantacinque anni, che fu colpita da morte istantanea.

Nella consecutiva necroscopia, tolto lo sterno, trovai il pericardio considerevolmente disteso e di un color violetto, precisamente come lo si era osservato nel caso rappresentato nella tav. II fasc. 38.

Il pericardio conteneva e del sangue sciolto, e del sangue coagulato, e quest' ultimo vedeasi come modellato sulla superficie del cuore.

Questo viscere poi era del volume ordinario, avviluppato dall' adipe, come il cuore rappresentato nel fascicolo sunnotato, colla differenza, che nel caso attuale, più abbondante era l' adipe che nell' altro caso, e formante uno strato più denso, il quale estendevasi, assottigliandosi, fino al punto corrispondente alla arteria polmonare.

La fig. 1 presenta due perforazioni P e P' corrispondentemente al setto dei ventricoli. Queste perforazioni hanno tre branche, sono circondate da un cerchio di echimosi sub-sierose, e presentano molte macchie sanguigne ed altre ecchimosi sub-sierose nell' intervallo che le separa.

La fig. 1' mostra il ventricolo sinistro aperto per mezzo di una incisione verticale praticata sulle perforazioni; quindi, in questa istessa figura si ha luogo di osservare, che la perforazione inferiore è la principale; che essa è situata immediatamente accanto al setto; che consiste in una lacerazione considerevole del tessuto del cuore; che il sangue è rimasto infiltrato dal basso in alto tra il detto tessuto e la membrana sierosa, resa più grossa dall'adipe e dalle fibre carnose; che questo infiltramento sanguigno estendesi molto al di là di quello sembrerebbe indicarlo la perforazione P', fig. 1; che esso, cioè, si è diffuso fino dietro l'arteria polmonare, in modo da formare tra questa arteria e l'aorta, un fuocolare sanguigno F S, fuocolare che il solo rovesciamento dell'arteria polmonare potè mettere in evidenza.

Del resto, niuna lesione propriamente detta nel cuore: niun ristringimento di orifizj; niuna ipertrofia; niuna alterazione di tessuto, il quale soltanto mostravasi fragile o *frangibile* in prossimità della perforazione.

Nella fig. 2 vien rappresentata una pericardite pseudomembranosa, da me osservata alla Maternità, in un bambino che morì nel sesto giorno dalla nascita. Vedesi in questa figura il cuore avviluppato da una falsa membrana F M, ed il pericardio stesso tappezzato da altra falsa membrana, meno grossa però di quella vestiente il cuore. Ora, è assai probabile che questa pericardite datasse da un'epoca anteriore alla nascita; ed io ben spesse volte ebbi luogo di osservare nei bambini nati morti, delle peritoniti, delle pleuriti, delle pneumoniti, le quali probabilmente rimontavano ad un'epoca assai lontana.

Anatomia patologica delle rotture spontanee del cuore.

Noi siamo attualmente in grado di offrire, in questa specialità di lesioni, delle molto estese osservazioni patologiche.

Stato del pericardio nella rottura del cuore. — Il pericardio mostrasi il più possibile disteso dal sangue stanziante nell' intervallo tra esso ed il cuore, su di che grave errore sarebbe il dare ascolto ad una asserzione, la quale certo non poggia sulla verità, e la quale ammette, non essere stato trovato, in un caso di rottura del cuore, se non se un grumo poco considerevole che riempiva incompletamente la cavità del pericardio. Nel procedere alla necroscopia mostrasi, in simili casi, il pericardio sotto la forma di uno sferoide turchiniccio o violaceo, il quale trovasi a immediato contatto dello sterno, e che mostrasi a nudo per un tratto assai esteso della sua superficie, in forza dello spostamento che ha subìto il polmone sinistro. Da una simile disposizione, non tanto malagevole, se mal non mi appongo, riescir deve il diagnostico della rottura del cuore, per mezzo della percussione.

Quantità di sangue contenuta nel pericardio. — La più considerevole quantità di sangue che io mi abbia osservata, rimonta a 12 once: cioè, 8 once di sangue sciolto e 4 di grumi.

Il giornale di medicina dell' Hufeland (*) riporta un caso singolare di stravaso sanguigno di tre libbre nel pericardio, offerto da un uomo di 68 anni, che morì dopo dei dolori vivissimi al cuore. Vero è che a spiegare un fatto di simil genere ammetter potrebbesi ancora, che il pericardio fosse rimasto disteso da un versamento sieroso anteriore; e possibile anche sarebbe, che una pericardite emorragica ne avesse imposto a degli osservatori superficiali, per una rottura del cuore; errore, d' altronde inammissibile nel caso dell' Hufeland, nel quale notasi con esatto dettaglio la estensione di un pollice e mezzo della rottura, ed avvertesi pure, come essa fosse a bordi sfrangiati.

La morte, nella rottura del cuore, non è dovuta alla abbondanza della emorragia, perchè il pericardio, non su-

(*) *Bibl. med.* tom. LXIII, p. 86.

scettibile di distensione e formante una cavità chiusa da tutti i lati, costituisce dei limiti assai circoscritti al versamento; nè tampoco la si deve alle turbe istantanee, che la rottura del cuore apporta nelle funzioni circolatorie, ma piuttosto alla compressione diretta su questo organo, per cui esso cessa di esser motore principale della circolazione stessa.

Stato del cuore. — *La sede della rottura* riportasi esclusivamente al ventricolo sinistro, e quasi sempre alla sua sommità o in prossimità di essa. Questa sede speciale della malattia non era rimasta inavvertita dall'istesso Morgagni, il quale fa osservare, che la porzione inferiore del ventricolo sinistro presenta una minor grossezza di quello che sia nel ventricolo destro; mentre fra i moderni patologi Rostan e Laennec asseriscono, che la grossezza dell'apice del ventricolo sinistro sta in ragione inversa di quella delle altre parti di questo ventricolo, o non sta punto in rapporto colla ipertrofia che può indursi nel rimanente tratto ventricolare.

Frattanto un esempio di perforazione del cuore alla base del ventricolo sinistro vien riferito da Bohn, il quale parla di questa rottura, da esso riscontrata in prossimità dell' origine dell' aorta (*prope ostium aortae*) in un uomo di qualità, di una costituzione atletica, morto improvvisamente, mentre stavasi seduto a lato di sua moglie; genere di lesione, dice Bohn, cotanto raro, che appena riscontrasene altro esempio negli annali di anatomia patologica. Unitamente a questo citasi altro caso di perforazione del ventricolo destro; nè punto io sono alieno dallo ammettere la possibile esistenza di questo caso; ma voglio qui ricordare una circostanza assai importante e meritevole di esser tenuta a calcolo nel giudizio sulla sede speciale della lesione in discorso, e la quale riscontravasi nei due ultimi già menzionati casi: dir voglio della obliquità possibile della perforazione, e del lungo tratto, che

separa spesso la esterna dalla interna apertura; infatti, nella tav. III di questo fascicolo riscontrasi una delle perforazioni occupare la base del ventricolo sinistro, mentre l'altra risiedeva in prossimità dell' apice dell' istesso ventricolo. Così pure nel caso seguente, mentre un esame superficiale mi avrebbe fatto credere alla rottura della orecchietta destra, un più dettagliato riscontro trovar faceami la sorgente del sangue in una rottura spontanea dell' aorta.

Rottura spontanea dell' aorta con distacco della tunica cellulosa, della lamina del pericardio che riveste l'orecchietta destra; e rottura di questa lamina con comunicazione nella cavità pericardica, corrispondentemente alla nominata orecchietta.

Una donna della Salpêtrière, in età di sessanta anni, della sezione delle incurabili, fu per una affezione asmatica tradotta nella infermeria. Riconobbi un'asma simpatica di una ipertrofia del cuore. Passati diversi giorni, l' ammalata fu colpita da morte istantanea, mentre chiedeva di esser nuovamente trasferita nel primo suo domicilio.

Alla necroscopia, pericardio pieno di sangue; di che sembrommi trovar la sorgente in una perforazione dell' orecchietta destra. Colpivami però una circostanza insolita, e questa si era, che indipendentemente dal sangue stravasato nel pericardio, aveasi un infiltramento sanguigno considerevole nel mediastino anteriore fino attorno alla radice dei polmoni e più particolarmente del polmone sinistro; del qual sì esteso infiltramento rendevami conto, di buon principio, ritenendolo come consecutivo allo stravaso del pericardio, il quale per la soverchia distensione era rimasto lacerato.

Di tal concetto però non tardava a presentarsi la erroneità dopo un esame più accurato delle parti, il quale mettevami in grado di conoscere: che io aveva a fare con

un caso di rottura della porzione pericardica dell' aorta, congiunta a delle assai rimarchevoli circostanze : così, a quattro o cinque linee al di sopra il punto in cui s' incrocia colla arteria polmonare, l' aorta presentava una rottura occupante la metà della circonferenza del vaso; lacerate mostravansi le due tuniche interne, mentre la tunica cellulosa, delle altre meno fragile, avea resistito, abbenchè per l' impulso dell' onda sanguigna fosse rimasta distaccata, e come dissecata, da un lato, attorno il caudice aortico, attorno il tronco brachio-cefalico e l' arteria succlavia destra fino alle prime branche collaterali, quindi attorno l' arteria carotide primitiva destra in tutta la sua lunghezza, e da un altro lato, attorno l'aorta, corrispondentemente alla sua origine. Questo distacco erasi poi continuato sull' arteria polmonare e sue divisioni, fino alla radice del polmone e sulla stessa orecchietta destra; ma su questa orecchietta e sulla arteria polmonare erasi esso effettuato al di sotto la lamina sierosa del pericardio che riveste dette parti, mentre la perforazione avea avuto luogo soltanto in corrispondenza dell' orecchietta destra. Del resto, la quantità del sangue stravasato tra la tunica cellulosa delle arterie e le tuniche più interne era considerevolissima; e vi si vedevano raccolti dei grumi sanguigni che aveano singolarmente ristretto il calibro di questi vasi.

Notabilmente ipertrofizzato era il ventricolo sinistro; il setto dei ventricoli presentava una grossezza di undici linee ed un pollice.

Le tuniche arteriose erano in perfetto stato di integrità, e tutt'al più, le tuniche interna e media presentavano una fragilità maggiore dell' ordinario.

Libero riscontravasi l' orifizio aortico.

Resulta dunque da questo fatto, che nelle rotture del cuore è molto a considerarsi *la obliquità del tragitto del sangue*, nonostante che possa aversi nelle rotture di simil

sorta, il tragitto della perforazione così diretto, quale può essere in una ferita prodotta da un istrumento vulnerante che abbia passato il cuore da parte a parte.

In otto casi potei riscontrare *l' unità della apertura interna colla apertura esterna;* altra volta, l' apertura esterna mi si presentò *multipla;* nel caso rappresentato dalla tavola III di questo fascicolo, questa ultima apertura era doppia: un fatto da riguardarsi come eccezionale sarebbe quello riportato da Andral, il quale offerse alla Accademia Reale di medicina un cuore, di cui la parete posteriore del sinistro ventricolo mostrava cinque perforazioni, senza alcun rammollimento attorno di esse.

Ristrettezza della apertura interna. In generale essa riscontrasi costantemente così piccola, che talvolta, rimanendo nascosta fra le colonne carnose, sfugge a qualunque più esatta investigazione; un grumo sanguigno che serve ad otturarla può esserne l' indizio. Frattanto, in proposito delle perforazioni del cuore in generale, annunzierò, che io non ho mai riscontrato ciò che venne fatto di riscontrare all' Harvey, a cui dobbiamo la prima osservazione che sia stata pubblicata sulle perforazioni spontanee del cuore, una perforazione, cioè, così estesa del ventricolo sinistro, da poter dare accesso a uno dei diti dell' osservatore. *Diruptus et perforatus amplo hiatu.*

Quale è la causa della rottura del cuore? Si ha egli in tutti i casi di rottura del cuore *una alterazione preesistente, apprezzabile, del tessuto di questo organo?* Morgagni che, nella sua 27 lettera raccolse otto casi di rottura spontanea del cuore, tra i quali due gli sono propij, Morgagni attribuisce questa rottura a una *erosione* od *ulcera* (*). Riferisce egli su tal soggetto la osservazione risguardante un cavaliere, in età di 65 anni, il quale, dopo esser guarito da delle ulceri alle gambe, andò soggetto a

(*) Morgagn. Epist. XXVII, n. 8.

dei dolori reumatici, e morì improvvisamente. Nella consecutiva necroscopia riscontrossi una rottura del cuore della lunghezza di un pollice, attorno alla quale le fibre del viscere mostravansi come *corrose*; *erosione* che sembrava non essere di recente data. In tal circostanza Morgagni dilungasi in una assai importante dissertazione sulle erosioni cutanee delle quali, egli dice, andar la causa ad attaccare le parti interne, quando dette erosioni scompariscono dalla superficie del corpo; nè trascura egli, in tale argomento, di raccomandare tutte le possibili precauzioni che atte sieno a portare la guarigione dei mali esterni, e che prevengano la formazione di corpuscoli dotati di proprietà corrosiva; *ut homo sollicite fugiat unde iterum gignantur corpuscola erodendi vim habentia.* Non si dimentichi un precetto, quale è questo, veramente commendevole, abbenchè un poco antiquata ne sia la spiegazione; e ad avvalorarlo citerò qui ciò che la pratica di sei anni alla Salpêtrière mi dimostrava, il non aver visto, cioè, nel corso di detta epoca, guarire una sola ulcera antica delle gambe, senza che ne resultassero, dopo tre, sei ed anche più mesi, delle infiammazioni acute o croniche, le quali tolsero sempre di vita i malati.

Il sig. Bland, questo stimabile osservatore che, in una piccola città di provincia, ha così spesso pagato il suo tributo alla scienza, riunì sotto il titolo di *lacerazione senile del cuore* quattro osservazioni, le quali esso corredò di importanti riflessioni sulle cause e sul meccanismo della loro produzione. Egli dice, aver trovato *una degenerazione rimarchevole nel tessuto del cuore:* cioè, *le sue fibre rammollite, come infiltrate di siero gelatinoso, facilmente lacerabili, friabili anche sotto la pressione del dito*, e *prive, per conseguenza, di quella tonicità muscolare, che loro è necessaria per reagire sul sangue.* E secondo questo osservatore, è unicamente a stabilirsi in questa degenerazione la causa essenziale del laceramento senile del cuore.

Dietro simil teoria, abbenchè la notata degenerazione a cui l' autore assegna il nome *di gelatinosa*, riguardar si possa come il corredo della vecchiezza, pur nonostante, siccome citansi degli esempj di rottura del cuore in alcuni individui che non avevano sorpassato i sessanta anni, così, l'istesso sig. Blaud ammette pure che altra causa, piuttosto che la età avanzata, servir possa allo sviluppo della annunziata degenerazione.

Quasi contemporaneamente al sig. Blaud, il sig. Rostan pubblicava, del pari, quattro osservazioni di rottura del cuore appartenenti a delle donne settuagenarie. Dai quali fatti concludea questo autore, che nelle rotture di questo viscere non era ad ammettersi una preesistente alterazione di tessuto, ma che potea favorirle ed esserne una causa la ipertrofia del viscere stesso. Quindi invocavansi altre lesioni, e riccorrevasi ancora alla obesità generale, che dall' istesso Morgagni fu ritenuta come idonea a favorire le erosioni dei vasi, appoggiando la sua opinione sulla coincidenza frequente dello stato di straordinaria grassezza, colle erosioni arteriose.

Però, senza volere io escludere affatto la validità di un tale asserto, osserverò soltanto, dietro numerosi fatti, che il cuore esser può intieramente ripieno d' adipe nelle sue pareti, eccettuati sempre i lacerti carnosi ed il sottile strato di fibre muscolari che loro serve di sostegno, senza che siasi riscontrata rottura di sorta.

Le ossificazioni delle valvule sigmoidee dell'aorta, quelle del caudice aortico, non meno che dei principali tronchi che da esso emanano, han potuto esser considerate, in un caso particolare, come cause di rottura del ventricolo sinistro, dal sig. Fleury, chirurgo distinto di Clermonte-Ferrand (*).

È il soggetto di una di queste osservazioni un vecchio che morì improvvisamente per rottura del cuore. Vedevansi

(*) Bulletin de la Faculté de médecine de Paris, 1805.

entro la sostanza delle valvule aortiche e dell' aorta stessa molti punti di ossificazione, e quasi intieramente ossificate mostravansi le arterie succlavie, le carotidi, le crurali e le principali branche che partono da questi tronchi arteriosi. Ora, il sig. Fleury è d' avviso, avere queste ossificazioni determinato la rottura del ventricolo sinistro, il quale finalmente non potè sormontare l' ostacolo, contro il quale avea incessantemente lottato, onde far pervenire il sangue nelle ultime ramificazioni arteriose. Sulla qual teoria ne sia permesso di osservare, che siccome tra due lesioni coesistenti, perchè una ritener si possa come causa, l' altra come effetto, uopo si rende che questa coesistenza sia presso a poco costante; e d'altronde, non avendosi che questo solo fatto, nel quale la influenza della ossificazione e perciò il ristringimento delle arterie sia a riguardarsi qual circostanza idonea a favorire la rottura del cuore, così, questo modo di spiegazione pur anco, non riposando su fondamenti bastantemente solidi, cessa dallo avere qualunque diritto alla comune sanzione.

In quanto poi alla mia particolare opinione su tale argomento, fatti ripetuti ed inconcussi, perchè constatati dai miei proprj sensi, mi danno a credere che la causa organica delle rotture del cuore ripor si debba nella *fragilità del tessuto di questo viscere.* Otto casi di rottura del cuore da me studiati colla più grande attenzione mi offrirono manifestissima questa fragilità, tanto che poteasi facilmente e colla pressione e con una leggiera trazione mettere in pezzi il tessuto del cuore, in prossimità ed anche a qualche distanza dalla perforazione. Ora, questa fragilità, che può essere e limitata ad una parte, ed estesa a tutto il viscere, congiungesi ordinariamente ad un cangiamento più o meno sensibile di colore; ed il tessuto del cuore vedesi, talora, rosso scuro, altra volta, grigio biancastro e come se del pus concreto trovassesi infiltrato nella sua sostanza; in altri casi, ritiene esso un colore gial-

lastro, simile a quello che questo viscere assumerebbe per la presenza del grasso, la di cui esistenza però non ho mai potuto constatare; in due casi, il tessuto del cuore riscontrossi di un color giallo legno, e finalmente, due altre volte, questo tessuto lo si vide aver subìto in parte la trasformazione fibrosa.

Ora, una volta stabilitasi nel cuore questa fragilità di tessuto, rompesi l'equilibrio trà la forza impellente del sangue e la forza di resistenza, ed allora agevole s' intende la lacerazione del suo tessuto, sia per la influenza di una contrazione di questo organo un poco più viva dell' ordinario, sia per qualunque anche tenue ostacolo alla libera circolazione, o anche nella assenza di qualunque causa occasionale.

Nei differenti casi di rottura del cuore da me osservati, invano ho sempre cercato la mollezza, lo scoloramento, l' infiltramento di siero gelatinoso, caratteri coi quali il sig. Blaud intende dimostrare la degenerazione gelatinosa del cuore che egli crede dovere ammetter nei vecchi; ed è un contrapposto veramente singolare, il trovare al lato delle osservazioni del sig. Blaud, quelle non meno autentiche del Rostan, il quale va segnalando la ipertrofia del cuore come la causa delle rotture di questo viscere.

Nè, da qualche anno, si è pur rinunziato alla idea, che il cuore dei vecchi partecipi anche esso alla atrofia, che in tutti i tessuti va stabilendosi a questa età. Ma su tale opinione ne giovi il riflettere, che mentre, negli individui di avanzata età, il sistema muscolare della vita di rapporto si atrofizza insieme col solido che gli serve di sostegno, il sistema muscolare della vita vegetativa conserva il suo sviluppo; ed io posso asserire, che i vecchi offrono quasi costantemente una ipertrofia della membrana muscolare dello stomaco, e più particolarmente dell' anello muscolare che circonda il piloro, il quale mostrasi, talvolta, così duro e così voluminoso al tatto, da imporne, alla prima, per uno

scirro al piloro; ora, il cuore puranco come uno degli organi della vita vegetativa, e di cui incessante è la funzione, partecipar deve, come gli altri, di tal sì marcato sviluppo: e di fatto noi troviamo questo organo nei vecchi di ambedue i sessi, compatto, voluminoso, come contratto sopra a se stesso, alla maniera dell' addome delle vecchie; di più, riscontriamo il ventricolo sinistro, quasi sempre ristretto e come contratto sui grossi lacerti carnosi, a segno da presentare l'aspetto delle ipertrofie dette concentriche; quindi, il cuore è molto più fragile, appunto perchè è più compatto e più duro; un cuore flaccido, infiltrato di sierosità, romperebbesi difficilmente, a meno che parziali non fossero ed il rammollimento e la mancanza di resistenza: nò, le fibre del cuore non sono, nei vecchi, attenuate, nè questo viscere è, in essi, in stato di atonia, nè tampoco deficiente è la sua nutrizione; tutto ciò è pura teoria; i vecchi, se non sempre, almeno spesse volte, presentano il cuore più voluminoso e talvolta più energico di quello dell' adulto, ed io avrei creduto facilmente alla ipertrofia concentrica del cuore nelle mie prime osservazioni necroscopiche sui vecchi della Salpêtrière, se il numero considerevole degli individui nei quali riscontrava questo viscere nelle condizioni suddescritte, non mi persuadeva bastantemente, doversi queste ritenere come insite e proprie del tessuto di quest' organo, nella età provetta.

La perforazione del cuore, in un grado avanzato di fragilità di questo viscere, può aver luogo direttamente senza infiltramento sanguigno nella sostanza delle fibre carnose; in questi casi, resiste solo la lamina sierosa del pericardio ed il sangue infiltrasi, a una distanza più o meno grande, in mezzo all'adipe che separa questa membrana dal tessuto muscolare.

Che se, invece, non tanto avanzata sia la fragilità del viscere o se ella sia ineguale, allora le sue fibre muscolari ponno non rompersi a tutta sostanza delle pareti cardia-

che, ma solo nei più interni strati, ed il sangue infiltrarsi nella spessezza delle fibre carnose, e costituire un fuocolare sanguigno che aprirsi potrebbe entro la cavità del pericardio.

Qual' altra causa di rottura del cuore è pure a ritenersi la infiammazione acuta o cronica del tessuto di questo viscere, essendo questa una circostanza idonea a produrne la fragilità; in altri casi, esser può il resultato di una *apoplessia*, cioè a dire, di una emorragia spontanea, la quale ha sua sede nella spessezza delle pareti del viscere, indipendentemente da qualunque rottura delle fibre interne e da qualunque comunicazione colle cavità ventricolari; apoplessia che io considero come il resultato di una flebite emorragica.

E la formazione dei fuocolari emorragici nella sostanza delle pareti del cuore è un fatto positivo, di cui davasi un esempio rimarchevole nella tav. 1 del fasc: 41. In questo caso, non uno, ma molti fuocolari sanguigni veggonsi nella spessezza del ventricolo sinistro, dai quali partono dei piccoli prolungamenti lineari, interposti alle fibre carnose, di cui il colore giallo-legno contrasta sensibilmente colle linee del sangue infiltrato (*).

Inoltre, questi fuocolari o apoplessie del cuore ponno rimanersi nella spessezza dell' organo ed anche sciogliersi intieramente senza offrire alcun segno di loro presenza; ponno, del pari, aprirsi all' indentro come pure all' infuora, nè altro che un fuocolare sanguigno apertosi all' interno riguardar si deve un caso di ciste sanguigna occupante la base del ventricolo sinistro, posteriormente al

(*) Egli è possibile, in qualche caso, che questo infiltramento sanguigno nella spessezza delle pareti del cuore, sia consecutivo a una perforazione interna di questo viscere talmente piccola, che sottraggasi anche alla più attenta osservazione. Ciò però non toglie, che possano aversi questi fuocolari sanguigni del tessuto del cuore, indipendenti da qualunque rottura.

bordo sinistro di questo ventricolo, ciste sanguigna del volume di una piccola noce, comunicante colla cavità del ventricolo per mezzo di un orifizio strettissimo: su di che è da avvertirsi, non essere affatto impossibile, che lo stesso aneurisma laterale o parziale del cuore potesse, in qualche caso, aver sua origine da un fuocolare sanguigno contenuto nella spessezza delle pareti di quest'organo.

Nel caso poi in cui il detto fuocolare sanguigno si aprisse una strada nel pericardio, darebbesi luogo, come ognun vede, ad un versamento nella cavità pericardica, versamento che avrebbe un rapporto col sangue contenuto nel fuocolaie e col calibro del vaso, sorgente della emorragia.

Che tornando ora all' argomento principale del nostro studio, alle cause cioè efficienti la rottura del cuore, ricorderò per ultimo, non doversi da queste escludere la esulcerazione delle pareti di questo organo. A questa ulcerazione debbo io riportare un caso di perforazione situata alla base del setto ventricolare, da me osservato in un fanciullo di quattro in cinque anni; in questo caso, la ulcerazione determinò (probabilmente nell'atto della sua formazione) degli sconcerti di sincope, i quali ne imposero, di primo tratto, come sconcerti propri di una febbre perniciosa; ma in seguito, a meno di andar congiunta ad un rumor di raspa, questa lesione conciliossi collo stato della più soddisfacente salute; nè diverse erano le condizioni dell' individuo, al momento in che il guasto organico si fè causa di morte.

La rottura del cuore, secondo quello ne pensa il sig. Blaud, operasi dall' infuora all' indentro, cominciando, cioè, dalle fibre le più esterne; opinione che intendesi fondata sul presentarsi la lacerazione molto più estesa nelle fibre esterne, di quello che nelle fibre interne.

Dal canto mio, non so come ammettere simile spiegazione, mentre, in perfetta opposizione col sig. Blaud, credo anzi, che la rottura del cuore cominci sempre dalle sue

fibre interne, perchè in esse primamente va il sangue a esercitar la sua azione.

La rottura del cuore può farsi lentamente e, per così dire, in un modo successivo, e le fibre esterne ponno resistere assai lungo tempo, o anche venir protette dalla formazione di grumi sanguigni.

Non parlo del diagnostico e della terapia delle rotture del cuore, perchè manca affatto qualunque segno che stia a caratterizzarle, come pure qualunque mezzo idoneo a guarirle. La rottura del cuore è un fatto d' anatomia patologica meritevole di profondo studio; è una causa di morte istantanea necessaria a conoscersi.

In quanto ai fatti descritti dal Corvisart sotto il titolo di *rotture parziali del cuore*, riportansi questi 1.° alla rottura dei pilastri o colonne carnose dei ventricoli; 2.° alla rottura dei lacerti tendinosi che, dai nominati pilastri vanno ad attaccarsi al bordo libero delle valvule auricolo-ventricolari; 3.° alla rottura o diradamento del tessuto delle valvule mitrali. Tutti i quali fatti formeranno, in seguito, altro argomento dei nostri studj.

Fascicolo 59.

MALATTIE DELLE VENE.

(Tavola I.)

(*Tessuto erettile accidentale.*)

Caterina Pottain, vedova Mallard, in età di 75 anni, venne trasferita allo spedale, nello stato seguente:

Emiplegia a sinistra. L' arto superiore, da questo lato, è irrigidito, semiflesso, sparso di tumori varicosi succutanei e cutanei, ed estesi dalla clavicola fino all'estremo delle dita. Mostrasi poi questo membro infiltrato e completamente immobile; sulla sua istessa superficie agevole riesce l' apprezzare, come le degenerazioni varicose si estendano profondamente nella sostanza dei muscoli. — Un qualche grado di miotilità resta ancora nell'arto inferiore corrispondente, il quale, d' altronde, non offre alcuna particolarità.

Frattura antica della estremità esterna della clavicola sinistra.

Intelligenza indebolita; cecità; occhi atrofici, suppuranti.

Niuna notizia potemmo raccogliere nè sulla invasione della emiplegia, nè su quella dei tumori varicosi, nè sul rapporto di data esistente tra la prima ed i secondi; per il che rimanea sempre dubbio, se la emiplegia avesse o no

preceduto la degenerazione varicosa. Sapevasi soltanto che questa malata veniva afflitta, fino da qualche giorno, da diarrea e da febbre pronunziatissima, la quale, credeva io, dover riportare a delle larghe escare esistenti alla regione dell' osso sacro.

Il 25 agosto 1837, veniva trasferita questa ammalata nella infermeria, e gli 8 settembre mancava di vita.

Sezione del cadavere. — Taccio qui i dettagli, d' altronde interessantissimi, relativi alle cicatrici che furono riscontrate nel cervello e nel cervelletto, per occuparmi intieramente della descrizione dell' àrto superiore sinistro.

L' arto adunque rappresentato dalla tav. I, ne mostra una quantità di tumori varicosi sotto la forma di piccole masse turchinicce, molli, come flaccide, disfacentisi, in parte, sotto il dito che le comprime, al quale danno esse l' impressione come di un gruppo di vene varicose. Durante la vita dell' individuo, non potei mai constatare la erettilità di questi tumori.

La clavicola costituiva il limite di essi; alcuni se ne osservavano al di sotto di quest' osso; uno voluminoso esisteva sul moncone della spalla; un altro, sul bordo anteriore del cavo dell' ascella; molti, lungo il braccio e l' anti-braccio. I più inferiori occupavano il bordo radiale dell' anti-braccio e la faccia dorsale dell' indice e del pollice.

Tra questi tumori varicosi alcuni erano cutanei, vuo' dire formati a spese della pelle, e questi offrivano un colore bleu cupo che ne svelava il loro vero carattere; gli altri erano succutanei e sollevavano la pelle assottigliata ma non alterata nel suo tessuto. Nei tumori più profondi la natura varicosa non era positivamente dimostrata, come in quelli superficiali.

Incisa verticalmente e dissecata la pelle (tav. I),

incisi quindi i muscoli, ecco le particolarità offerte dall' esame del membro:

1.° I tumori, color bleu cupo, mostravansi sviluppati a spese della pelle, i di cui diversi elementi, eccettuata l' epidermide, erano, in qualche modo, scomparsi, per dar luogo al tessuto spungioso.

2.° I tumori succutanei sviluppati nella spessezza del tessuto adiposo erano, al tempo stesso, indipendenti e dalla pelle e dalla contigua aponevrosi.

3.° Altri tumori varicosi esistevano nella sostanza muscolare, tanto negli strati muscolari più superficiali come nei centrali ed anche nelle fibre le più profonde.

4.° I tendini, il periostio, le sinoviali aveano del pari concepito la trasformazione varicosa, la quale estesa ancora alla polpa dei nervi, ne avea dissociati i filamenti, il di cui tessuto erasi però conservato intatto.

Alcuni *dei tumori cutanei* altro non erano a considerarsi se non che delle piccole *varici capillari*, appianate, a contatto della pelle, su cui trasparivano alla guisa di tante macchie turchinicce, in alcuni punti, isolate, in altri, aggruppate, ma sempre indipendenti tra loro e continuantisi colle vene capillari della pelle; in altri punti, mostravansi dei veri tumori circoscritti, ciascuno dei quali resultante da un gruppo di varici comunicanti tra loro e sviluppate entro il tessuto cutaneo, di cui poteano ritenersi come una dipendenza (*).

I tumori succutanei distinguevansi in quelli che si dirigevano dal lato della pelle, ed in quelli che resta-

(*) La pelle ha due sistemi di capillari venosi: uno che circonda le papille, di cui costituisce pure un elemento; un altro areolare, che sta adeso alla faccia profonda del derma. Ora, la trasformazione varicosa può aver sua origine tanto da uno come da un altro di questi due ordini di vasi.

Finalmente, i tumori varicosi sviluppati nel tessuto cellulare succutaneo ponno estendersi fino alla pelle, ed attaccare consecutivamente la rete venosa della cute.

vano immersi entro il tessuto adiposo. I primi eransi fatti strada a traverso il tessuto adiposo succutaneo ed aveano sollevato la pelle assottigliata, di cui la trasparenza permetteva di apprezzare il carattere varicoso del sottostante tumore. Molti aderivano intimamente alla cute; molti altri mostravansi adesi alle aponevrosi, che essi traversavano, per andare a continuarsi col tessuto erettile dei muscoli degenerati.

Scorgevansi poi tra le vene succutanee alcune varici semplici, in una delle quali mostravasi una flebolite FL.

Tutti questi tumori, presi in complesso, presentavansi sotto due aspetti: alcuni, ed erano i più numerosi, aveano un color turchiniccio, colore dovuto alla quantità grande di sangue che distendeva le loro cellule; gli altri offrivano un aspetto rossastro analogo a quello dei corpi cavernosi vuoti di sangue e che sieno rimasti, per qualche tempo, a contatto dell'aria; a queste due sezioni di tumori una terza poteva aggiungersi, nella quale venivano compresi quelli che presentavano insieme riuniti ambedue gli aspetti di sopra accennati. Ora queste tre diverse varietà potranno studiarsi facilmente sulla figura della tavola I, nei tumori T E C, T E C, T' E' C'.

Del pari che nelle suindicate parti, altri tumori varicosi esistevano nella sostanza dei muscoli gran pettorale e bicipite; nè andavane esente la stessa aponevrosi antibrachiale, sulla quale anzi vedevansene applicati in numero considerevole.

Quasi intieramente trasformato in tessuto varicoso mostravasi il muscolo bicipite, nel quale poteano rimarcarsi tutte le gradazioni di questa specie di alterazione. Però, questo muscolo conservava sempre una quantità assai grande di fibre muscolari lungo le sue facce anteriore e posteriore, fibre muscolari che non esistevano punto nel centro del muscolo stesso, ove altro non scorgevasi se non che del tessuto erettile colle sue areole, in alcuni

punti, ristrettissime, in altri, molto amplie, formanti dei vasti sini oblonghi, ripieni di sangue. Quindi, nella spessezza di questo muscolo riscontravansi tre fleboliti, una delle quali vien rappresentata dalla figura F L.

Il tessuto erettile del bicipite è, in molti punti di questo muscolo, il più perfettamente conformato; quasi lo si direbbe quello dei corpi cavernosi della verga; infatti, le areole comunicavano tutte fra loro ed erano costituite da dei filamenti nodosi, in alcune parti, di apparenza fibrosa, in altre, di apparenza muscolare. Nè mancano esempj nella nostra economia, di tessuto erettile a pareti muscolari; il tessuto cavernoso dell' uretra del cavallo contiene manifestamente delle fibre muscolari, e non è ancora sufficientemente dimostrato, se la stessa struttura debba affatto escludersi nell'uretra dell'uomo. — Un fatto assai rimarchevole nel nostro caso si è, la presenza dell'adipe attorno un gran numero di areole del tessuto erettile, nel quale vedeasi convertito il bicipite.

Molto meno del muscolo bicipite avea concepito la degenerazione in discorso il muscolo brachiale anteriore. Il tricipite umerale ne era andato completamente esente.

Il coraco-brachiale presentava, presso il suo attacco inferiore e nella spessezza del suo tendine, un tumore sanguigno varicoso.

Parti adiacenti alla articolazione del cubito. 1.° Anteriormente, sotto il muscolo brachiale anteriore esisteva un fuocolare sanguigno considerevole, il quale, parvemi, si continuasse nella articolazione; 2.° dietro alla articolazione, e anteriormente al tricipite, esisteva del tessuto erettile a larghe maglie, costituito da dei semplici filamenti tra loro incrocicchiati, e nell' istesso punto, l'umero mostravasi spogliato del suo periostio oltre ad essere eroso.

Una quantità di tumori varicosi esistevano lungo il tratto inferiore del nervo cubitale.

Anti-braccio. — Tutti i muscoli della regione anteriore veggonsi come confusi in una vasta rete di vasi varicosi. La trasformazione di questi muscoli è molto più completa di quella del bicipite umerale; soltanto presso il loro attacco superiore riscontransi le fibre muscolari; però, illesi affatto si scorgono i loro tendini. D'altronde, il tessuto areolare di questa parte presenta la stessa disposizione che fu riscontrata nel braccio, in alcuni punti cioè, mostrasi assai minuto, altrove, a cellule amplissime; più qua e più là scorgonsi dei fuocolari sanguigni considerevoli, alcune fleboliti F' L', e ciò che è a rimarcarsi, questo tessuto mostra contenere dell' adipe stanziante negli intervalli delle areole.

Il nervo mediano era rimasto compreso nella alterazione, o piuttosto la trasformazione varicosa lo aveva traversato, insinuandosi di mezzo alle sue fibre, le quali, d' altronde, erano state rispettate nel loro tessuto.

Riflessioni. — La trasformazione varicosa o erettile che forma il soggetto della tavola I di questo fascicolo, ha per sede il sistema capillare, ciò che non è in conto alcuno a far maraviglia, quando si pensi, che questo sistema è essenzialmente venoso. Niun tessuto può andare immune da questa trasformazione, della quale trovasi la spiegazione nella atrofia di tutti gli elementi organici, eccettuato il sistema capillare; così, non consentaneo alla ragione sarebbe il credere, tanto nella trasformazione varicosa, come, d'altronde, in tutte le altre degenerazioni, che questi cambiamenti si facessero, al tempo stesso, e nelle fibre muscolari, e nelle aponevrosi, e nella pelle, e nel tessuto cellulare, mostrando ormai la osservazione, esser solo un elemento organico il quale e si sviluppa e degenera, restando tutti gli altri in uno stato d' atrofia.

Questa teoria generale delle trasformazioni organiche trova nel caso testè descritto, la più formale applicazio-

ne. Infatti, in esso, ne fu dato il poter tener dietro a tutti i gradi della trasformazione dei muscoli in tessuto erettile o varicoso, e quindi poteasi constatare: che nel primo grado, la trasformazione occupa una porzione più o meno limitata di uno dei fascetti muscolari, restando il rimanente nella sua integrità, intanto che l'alterazione di questo fascetto mostrasi ben distinta dalla alterazione dei fascetti vicini; che, a un grado più avanzato, i fascetti varicosi dell' istesso muscolo giungono a confondersi tra loro; che in seguito, i tumori erettili dei differenti muscoli vanno a formare un tessuto continuo. Quindi, se lo sviluppo varicoso vada estendendosi ulteriormente, agevole è a concepire, che esso attaccar deve tutte le parti, e allora disgregati rimaner deggiono i tessuti fibrosi, e le loro fibre risplendenti e per lungo tempo visibili in grazia del loro aspetto perlato, terminare col disparire intieramente. A questa diffusione del processo varicoso deve poi cedere l' istesso tessuto delle ossa; nei quali casi, l' alterazione da cui vengono esse compenetrate esser vuole distinta dal processo di erosione che vi si stabilisce pel contatto dei tumori sanguigni. Nel fatto di che sopra occupavami, potei del pari apprezzare il modo col quale i nervi finiscono essi pure per essere attaccati dalla lesione in discorso: il tessuto varicoso infiltrasi, per così dire, tra i loro filamenti, gli disgrega per atrofizzarli, e quindi l' atrofia li distrugge, senza che il processo morboso giunga a compenetrarli; ed infatti, i filamenti del nervo mediano vedeansi, nel nostro caso, rimasti disgregati e come disseminati, e uno di essi traversava il tessuto erettile, senza aver subìto alcuna alterazione nella sostanza propria.

La presenza delle fleboliti nel tessuto areolare dei tumori varicosi costituisce una prova della affinità che passa tra questo tessuto varicoso e le varici semplici ordinarie. Le varici ordinarie altro non sono che delle di-

latazioni circoscritte, appartenenti a vene di un certo calibro; mentre i tessuti varicosi consistono nella ipertrofia del sistema capillare venoso. Tutti i tumori varicosi sono venosi; comunicano, egli è vero, colle arterie, per le quali infatti giungesi talvolta a poterli injettare, ma simili, in ciò, ai corpi cavernosi della verga, essi comunicano molto più largamente col sistema venoso: così, se injettisi direttamente un tumore varicoso per mezzo di un tubo che venga immerso nella loro sostanza, il liquido della injezione vedrassi immantinente passare nelle vene, ma non ritornar mai dalle arterie.

La trasformazione varicosa offre, sotto il rapporto di struttura, molti punti di analogia colla degenerazione cancerosa, e dico, solo per rapporto alla struttura, perchè la presenza del suco canceroso stabilisce, nel cancro, una differenza di natura quale per niun altro carattere potrebbe aversi; del rimanente, quando un tessuto canceroso venga spogliato, per mezzo della abluzione e della macerazione, dal suco che lo compenetra e che lo si ponga di fronte ad un tessuto varicoso sgombrato esso pure dal sangue che ne riempiva le maglie, impossibile riesce il distinguer tra loro questi due tessuti; così, potrebbe dirsi, che per rapporto al tessuto primordiale, il cancro altro non è che il tessuto varicoso le di cui maglie sono ripiene di suco canceroso, e la trasformazione varicosa non altro che un tessuto canceroso ripieno di sangue. Solo una gran differenza esistente tra queste due organiche lesioni si è, che il tessuto varicoso manca affatto di qualunque potenza di infezione, la quale esiste innegabilmente nel tessuto canceroso, oltre alla sua forza di locale disorganizzazione. Un altro rapporto di analogia tra il tessuto varicoso ed il tessuto canceroso riguarda il loro modo di diffusione, poichè, tanto l' uno che l' altro ponno invadere ed assimilarsi, in qualche modo, tutti i tessuti, estendendosi da strato in strato, o per via di continuità.

Al caso rappresentato dalla tavola I di questo fascicolo, merita di essere avvicinato quello reso dalle tavole I e II fasc. 45. Come di questo, di quello pure formava soggetto una vecchia della Salpètrière; solo non so, se in esso, alla trasformazione varicosa andasse congiunta la paralisi dell' arto.

MALATTIE DELLO STOMACO.

(Tavola II)

Emorragie. — Erosioni o ulcerazioni emorragiche.

La fig. I rappresenta lo stomaco di una vecchia della Salpêtrière, morta per una malattia cronica, di cui non potrei qui indicare il carattere, ma che certo era intieramente estranea al canal digestivo. Sorpreso dal vedere alla necroscopia l' intestino tenue di un color nerastro, apersi quest' intestino e lo trovai ripieno da una quantità grandissima di sangue, color fuliggine. Allora annunziai, che la sorgente di questo liquido l' avremmo trovata nello stomaco, ed infatti sotto un denso strato di muccosità percorso da strie nerastre, presentaronsi in questo viscere delle macchie nere U E, U E, alcune delle quali così poco estese, che quasi apparivano come tanti punti neri, altre, come tante macchie lenticolari, più o meno considerevoli : queste macchie erano leggermente prominenti, costituite da una goccia di sangue addensato, e di un nero fuliggine cupo, aderenti, e che asportate, lasciavano allo scoperto una erosione superficialissima. Ora, da queste erosioni proveniva il liquido nero contenuto nell'intestino tenue e nello stomaco; ed infatti, delle strie nere vedevansi partire dalle nominate placche di sangue, le quali potrebbero nella generalità dei casi riguardarsi come i mezzi otturatori, utili nelle emorragie dello stomaco. Forse l' acido gastrico esser deve un mezzo emostatico, perchè coagula il sangue a misura che si stra-

vasa, e questo coagulo esser deve immediato, se il sangue fluisca goccia a goccia.

Sulla figura I veggonsi ancora tre erosioni emorragiche le quali occupano il duodeno.

L' esofago è rimarchevole per degli ispessimenti epidermoidi che io, pure in molti altri casi, potei riscontrare, e che non hanno alcun carattere morboso.

La figura 2 mostra un' altra forma di erosioni emorragiche. In essa le erosioni U E, U E sono irregolari, superficialissime, alcune allo stato nascente, altre più sviluppate. Niuna notizia pervennemi sul soggetto di questa figura, e perciò unicamente come un fatto di anatomia patologica considero l' alterazione che vien da detta figura rappresentata, e la quale sembrommi interessante di qui riprodurre, offrendo essa un esatto paralellismo di analogia colle lesioni che vengono rese dalla fig. I.

Tanto nel primo che nel secondo di questi due casi le erosioni o ulcerazioni emorragiche non hanno origine, a mio avviso, dai foglicoli, ma più probabilmente dalle reti dei capillari della muccosa.

Considerazioni generali sulle emorragie dello stomaco.

Le emorragie dello stomaco (gastrorragie) mi sembrano costituire un punto di medicina pratica, non ancora bastantemente studiato, ed in special modo, sotto il rapporto della anatomia patologica.

Tutte le emorragie dello stomaco vengon costituite da un liquido nero, color cioccolata o di fuliggine, nè so bene ancora concepire la distinzione che tuttora si stabilisce dagli autori più recenti ed accreditati, tra la *ematemasi* e *la melena*, a meno che non vogliasi assegnare la parola *di ematemasi* al vomito, e la parola *melena* alle dejezioni sanguigne; distinzione però che mancherebbe di oggetto e sarebbe contraria alla accettazione

etimologica ed anche scientifica della parola; perchè gli antichi han designato colla denominazione di malattia nera, a cui Boissier de Sauvages sostituì quella di *melena* (μελας, nero), le malattie nelle quali il vomito e le dejezioni nere sono il principal sintoma.

Non havvi dunque emorragia dello stomaco, che non sia nera, color cioccolata, color fuliggine, color di bistro, color del pigmento della coroide, color della pelle del Negro, color delle produzioni melaniche. Questo colore resulta dalla presenza in questo viscere di un acido che mescolato al sangue, imprime ad esso immediatamente l' istesso cambiamento di colore, quale potrebbe operarsi nel sangue estratto dalla vena, sul quale si versasse dell'aceto: il color nero è l' impronta del sangue che ha soggiornato nello stomaco, sia che questo sangue provenga dalle stesse pareti del viscere, sia che vi sia stato introdotto per la deglutizione. Nel solo stomaco si han le condizioni necessarie pel notato cangiamento di colore; ed abbia pure il sangue soggiornato nell' intestino tenue o nell' intestino grosso, se esso non avrà traversato lo stomaco, contrarrà, egli è vero, un color cupo, e quello proprio del sangue putrefatto, od un colore analogo all' inchiostro, ma giammai quello di fuliggine, che, io ripeto, è caratteristico delle emorragie in discorso. Alla sola ispezione delle evacuazioni alvine presentanti il color fuliggine, mancando affatto il vomito o qualunque altro sconcerto avente diretta origine dallo stomaco, io diagnosticai, in un caso offertomi dalla mia pratica, che la malattia risiedeva nello stomaco e non negli intestini, come, di primo tratto avrebbesi potuto credere: infatti, dopo qualche giorno, l'esattezza del mio diagnostico venne confermata dalla comparsa dei vomiti, color fuliggine, e quindi dalla prova di fatto offertaci dalla necroscopia. In questo caso la malattia consisteva in una vegetazione cancerosa della estremità pilorica dello stomaco.

Le emorragie dello stomaco non sono necessariamente susseguite dal vomito. Due vie sono aperte al liquido accumulato nella cavità di questo viscere, le vie superiori e le vie inferiori, e dir non saprei per quale di queste due il sangue portisi, più spesso, fuori del corpo. Solo, con qualche sicurezza annunziar potrei, che più frequentemente di quello che in generale si creda, le emorragie gastriche senza vomito portano alle alvine evacuazioni sanguigne; così, nel caso rappresentato dalla tavola II di questo fascicolo, fig. I, non erasi avuto vomito di sorta, intanto che, come di sopra accennava, la inspezione necroscopica mostrandomi gli intestini tenui e grossi di un color nerastro e ripieni di un liquido color fuliggine, faceami supporre la presenza del sangue nello stomaco, che infatti riscontrava alla sezione di questo viscere.

A designare il vomito e le dejezioni alvine color fuliggine, che traggono origine esclusivamente dallo stomaco, destinerei io volentieri la parola *Melena*, dissentendo in ciò dal Tissot, il quale con tal nome indicar voleva l' andamento cronico di questi mali e distingueva il loro andamento acuto colla parola *ematemesi*; nè tampoco convenendo punto con quegli autori i quali adoprano la parola melena per indicare unicamente il vomito nero originato dal cancro dello stomaco.

E qui ne sia permesso di osservare, che troppa importanza vuolsi, in generale, dai pratici attribuire alla presenza del vomito nero come segno caratteristico della affezione cancerosa dello stomaco; e non so quanto lodevole sia lo andare incerti sullo stabilire la esistenza di tale affezione fino alla comparsa di questo vomito, come lo ammetterla positivamente al primo affacciarsi di esso; vi han numerosi casi di cancro dello stomaco, disgiunto affatto da vomito nero, e ve ne han pur molti di vomito nero senza la cancerosa degenerazione.

Così, avea io, non ha guari, nella mia pratica, una

donna incinta, la quale rendeva delle muccosità nere color fuliggine, tutte le volte che vomitava a vôto e con molto sforzo; così, potei osservare andar congiunte ai vomiti neri le ulcere semplici acute o croniche ed anche superficialissime della muccosa dello stomaco.

Havvi un modo di produzione delle emorragie gastriche indipendente da qualunque lesione di continuità, dir voglio delle gastrorragie per esalazione, modo che deducesi dallo stato di integrità delle funzioni digestive avanti e dopo il vomito. Il caso più rimarchevole da me osservato di vomito nero senza sconcerti primitivi o consecutivi, è quello risguardante una signora di settanta anni, la quale, senza una causa apprezzabile, vomitava immediatamente dopo il desinare, insieme cogli alimenti, una bacinella intiera di sangue fuliggino-so. Aveva io, in questa donna, supposto un cancro occulto, che la necroscopia mostravami infatti esistere nell' utero. Altra maniera di produzione dei vomiti neri idiopatici, può riportarsi alla esistenza di piccole erosioni nello stomaco, della natura di quelle configurate dalla tav. II di questo fascicolo; ed a questa etiologia sarei io tanto più proclive, in quanto che frequentissime sono state da me riscontrate tali erosioni emorragiche. Comunicava al sig. Breschet, per la sua memoria sulla melanosi pubblicata nel 1821 (*), il primo fatto di erosione emorragica dello stomaco da me osservato, e che riguardava una donna di circa sessantacinque anni. In questo caso, la necroscopia mostravami la faccia interna dello stomaco sparsa di macchie nere, rotonde, si-

(*) Consultate: G. Breschet, *Considerations sur une alteration organique appeléê dégénérescence noire, mélanose, cancer mélané ec. . . .* Paris. 1821, in-8 fig. — C. A. Noack, *de Melanosi tum in hominibus tum in equis obviente specimen patologiæ comparatæ, Lipsiæ*, 1826, in-4, fig. — P. Rayer. *Traité theorique et pratique des maladies de la peau*, 2 edition, Paris, 1835, t. III, pag. 688 et suiv. et Atlas, pl. 15.

mili a delle larghe petecchie circondate da una areola rosacea. Queste macchie venivan costituite da una materia nera che io riteneva allora analoga a quella che suol riscontrarsi nelle glandule bronchiali, perchè non avea puranco stabilito alcuna distinzione tra il color nero lavagna ed il color fuliggine, e riguardava questi due colori identici ed appartenenti all' istessa specie di melanosi. A ciascuna delle nominate macchie di materia nera corrispondeva una leggiera escavazione od erosione della membrana muccosa.

Una eruzione eguale a quella dello stomaco riscontravasi pure e nell' intestino ileo ed in tutti gl' intestini crassi, colla differenza, che in questi ultimi, il sangue non avea l' istesso grado di colore, e sembrava infiltrato nella spessezza della muccosa, invece di esser libero sulla superficie di questa, o contenuto in piccole erosioni. Quindi, oltre questa eruzione petecchiale, la superficie interna dell' ileo, del ceco e del colon ascendente, presentava un color rosso cupo, con qualche leggiero ispessimento della membrana muccosa.

Delle ulcerazioni ed erosioni emorragiche rendesi probabile la guarigione sotto un conveniente regime; ed ognun sa, che per le malattie dello stomaco tutto il trattamento di cura è affatto negativo, e che consiste non in altro, che nello allontanamento delle cose stimolanti.

MALATTIE DELLE MAMMELLE.

(Tavola III.)

Doppio cancro mammario.

Figura 1, *della grandezza, alla metà del naturale.* Aspetto delle due glandule mammarie e delle glandule vicine. Mammella destra largamente ulcerata; ulcerazione di una circonferenza irregolare e tagliata a picco, e di una qualche profondità; escare cangrenose E, E color violaceo, nelle parti adjacenti; grossi tubercoli occupanti la parte superiore della glandula.

Mammella sinistra non deforme, ma di una durezza lapidea; alla sua circonferenza, una quantità innumerevole di tubercoli succutanei.

Le fig. 2, 3, 4 sono della grandezza naturale.

La fig. 2 rappresenta la metà destra del torace. Una sezione orizzontale è stata praticata a livello della escara la più superiore. In essa agevole è il distinguere, che il tessuto della glandula G M confondesi con quello del gran pettorale, e che corrispondentemente a detta glandula, questo muscolo non presenta più alcuno dei caratteri della fibra muscolare, trovandosi quivi come tubercoloso e fibroso; che a misura dello allontanarsi dalla glandula, esso riprende i suoi caratteri; che il suo tessuto è ripieno di tubercoli, di cui un certo numero presenta la disposizione lineare.

Le glandule linfatiche G L, situate sul gran petto-

rale e anteriormente ai nervi e vasi assillari, sono voluminosissime, ed han subíto la degenerazione cancerosa.

La pelle rovesciata P, P presenta sulla sua superficie interna, gli stessi ispessimenti tubercolari che ne offerse la sua esterna superficie.

La fig. 3 mostra una sezione dello sterno, il quale ha acquistato straordinaria grossezza ed una notabile mollezza di tessuto: scorgesi in quest' osso la degenerazione cancerosa, ed appena si rendono apprezzabili alcuni avanzi di esso in stato normale A O, A O.

La fig. 4 rappresenta una sezione della mammella sinistra. Il suo tessuto è lobuloso, di una durezza lapidea, abbenchè riesca, con una valida pressione, a farne sgorgare il suco canceroso. I piccoli lobuli di questo tessuto anormale sono circondati dall' adipe, il quale, di primo tratto, farebbe comparir la mammella in stato normale. Molto ispessita è la pelle che ricopre la mammella, e tubercolosa alla ciconferenza di questo organo.

I fatti che son per riportare in seguito, suppliranno alla mancanza di notizie istoriche sulla donna che forma il soggetto di questa osservazione.

Niente di più comune del doppio cancro mammario, sia dopo l' asportazione di una mammella, sia ancora senza questa precedente operazione, ed in forza, cioè, unicamente dell' andamento fatalmente progressivo della infezione. E questa propagazione del cancro da una mammella all' altra con integrità delle parti intermedie, costituisce uno dei segni più frequenti della infezione cancerosa. In alcuni ammalati sembra che gli organi interni vadano esenti dalla cancerosa infezione, in grazia appunto di questa morbosa propagazione alle parti esterne, tanto che, dietro un numero considerevole di fatti si renderebbe dimostrato, che quanto più esteso abbiasi il campo della affezione cancerosa all' esterno, tanto più gli organi interni vengono da essa rispettati. Una tal regola però non manca di numerose eccezioni.

Nel corso di un cancro mammario non è raro a riscontrarsi l' attacco morboso allo sterno, alle coste, alla pleura, il quale può farsi, ora per continuità di tessuto ora per la infezione generale. Ciò serve di argomento a comprovare, che sebbene la infezione generale cancerosa sia sempre una, pur nonostante può essa andar soggetta a delle modificazioni subordinate alla sede del cancro. Su tale argomento però non è a pronunziarsi alcun giudizio assoluto, fino a che una istoria generale del cancro mammario e del cancro in generale, non permetta di fissare le leggi, le quali presiedono alla produzione di sì crudel malattia.

I fatti seguenti che han molti rapporti con quello rappresentato dalla tavola III, concorrer ponno a gettare una qualche luce sui numerosi punti di vista pratici, sotto i quali può venir riguardato il cancro.

Cancro mammario a sinistra; separazione completa del tumore per cangrena spontanea; guarigione temporaria apparente; sviluppo del cancro nella pelle delle parti vicine e nella spessezza della cicatrice. — Diffusione della malattia alla mammella destra. — Morte per stravaso pleuritico. — Placche ceree della pleura.

Amata Ryon, di sessantun anno, giammai stata madre, pubere a undici anni, rimasta priva dei mestrui ai 50 anni, vien tradotta, nel giugno 1837, nella clinica Santa Marta, per un cancro mammario a sinistra, eccessivamente doloroso, da cui tutta la mammella mostravasi attaccata, e contenente nel centro una escara considerevolissima. In seguito, questa escara andò, grado a grado estendendosi ed occupò infine tutto il tumore, il quale cadde completamente per la cangrena. Stabilissi intanto una cicatrice di buona natura, e ove mi fossi affidato alla attualità della malattia, non avrei io tardato

a dividere colla malata il contento di una sicurezza di guarigione; ma l'esito di altri casi analoghi a quello, preveder mi facevano la recidiva: infatti, non erano ancora scorsi sei mesi, che l'ammalata riportossi nuovamente nelle nostre sale, con dei tubercoli situati corrispondentemente alla cicatrice e sulla pelle circonvicina.

In seguito, anche la mammella destra divenne sede di altri sette o otto tubercoli del volume di una piccolissima noce, tubercoli di color roseo, prominenti, costituiti, al tempo stesso, e dalla pelle e dalla glandula mammaria.

Nel mese di maggio 1838: febbre viva con oppressione del respiro; dolor costale a sinistra. L'ascoltazione mi fa riconoscere un versamento pleuritico. D'altronde, la presenza del cancro mammario, che potea, a buon diritto, venir riguardata come causa della pleuritide e quindi il versamento stesso, non mi permisero di insistere che debolmente, sulle sanguisughe e sui vessicatorj volanti.

Fino da questo momento, febbre continua con doppie esacerbazioni precedute da freddo; grandissima frequenza di polso; colpi violenti di tosse; oppressione di respiro. Del rimanente, stato stazionario dei tubercoli cancerosi, tra i quali niuno erasi aperto; deperimento generale, alla maniera degli individui attaccati da cronica infiammazione. Morte gli 8 ottobre, cinque mesi circa dopo l'invasione della pleuritide.

I commemorativi relativi alla malattia della mammella erano i seguenti: un primo colpo, ricevuto, nel 1826, alla mammella sinistra: un secondo colpo, sei anni dopo, battendo il petto di contro all'angolo di un marmo. Da quest'ultimo accidente lo sviluppo di una piccola glandula, la quale era andata sempre ingrossando.

Necroscopia. — Nella pleura sinistra, pleuritide purulenta encistica considerevolissima. Il pus mostravasi consistente, verdastro, quasi vischioso; le pareti della ci-

ste di una grossezza di tre in quattro linee, coriacee, organizzate.

Queste pareti cistiche vedeansi, in basso, validamente adese al diaframma, in dietro, alle coste, ed in avanti, al bordo posteriore del polmone, il quale era stato respinto in avanti ed in alto.

Sano il tessuto di questo viscere. Delle placche ceree riscontravansi in quella porzione del polmone ove non avea sede la ciste.

Il polmone destro era libero da qualunque aderenza e coperto da moltissime placche ceree; il suo tessuto affatto normale.

In stato normale parimente il fegato, la milza e tutti gli altri organi addominali.

Frattanto, il cancro mammario merita qui, più di tutte le altre parti, le nostre considerazioni.

Niuna traccia della glandula mammaria sinistra. Perfetta era la cicatrice, compatta, solidissima, punto ulcerata, presentante degli ispessimenti più o meno considerevoli, come delle briglie raggianti, dei tubercoli d' inegual volume, cutanei e succutanei, sparsi più qua e più là attorno di essa; quindi, corrispondentemente al gran pettorale sembrava esser rimasta distrutta e trasformata in un tessuto fibroso. Il muscolo gran pettorale conteneva entro la sua sostanza un gran numero di tubercoli analoghi a quelli rappresentati dalla tavola III. Le glandule assillari e succlavie erano in stato normale. La mammella destra offriva dei tumori o grossi tubercoli durissimi, prominenti, molti dei quali sezionati lasciavano fluire, ove fossero compressi, del suco canceroso; altri eransi ingenerati a spese della pelle, la quale avea subíto, corrispondentemente ad essi, un notabile ispessimento; i più voluminosi resultavano, al tempo stesso, e dalla pelle e dalla glandula mammaria. Un sottile strato di tessuto adiposo separava la cute dalla glandula alterata. L' alterazione

della glandula mammaria mostravasi esattamente limitata come quella della pelle, ma in questa non osservavasi un mezzo di separazione tra la porzione sana e la porzione ammalata, tanto che, di primo tratto, avrebbesi potuto credere allo sviluppo di un corpo fibroso nella spessezza della glandula; del rimanente, perfetta identità di aspetto esisteva tra la parte degenerata del tessuto cutaneo. Ambedue queste parti aveano l' apparenza di un corpo fibroso; offrivano alla sezione una durezza cartilaginea, e da ambedue ottenevasi per espressione il suco canceroso.

Riflessioni. 1.° La cangrena spontanea di una parte attaccata da cancro non è dunque un mezzo idoneo a prevenir la riproduzione di questa malattia, più di quello che far potrebbero e l' amputazione e la cangrena artificiale o la distruzione delle parti operata dal caustico. Dal che dee inferirsi, che tutte le piccole ulcere cancerose del naso o della faccia che cedono senza riprodursi, all' azione della pasta arsenicale, al caustico di Vienna o al cloruro di zinco, non sono per niente a riguardarsi come cancri; ciò venivami pure confermato dai fatti, i quali ancora, da un altro lato, mi persuadevano, che in alcuni cancri, havvi un periodo della malattia, nel quale essi ponno riguardarsi come puramente locali.

2.° La pleuritide è frequente nel cancro mammario, ma più frequente ancora la idrope senza pleuritide propriamente detta, e tanto l' una che l' altra esser può il resultato della diffusione progressiva, per continuità di tessuto, del cancro fino alla pleura costale; solo, la pleuritide può svilupparsi in forza di influenze esteriori, come in qualunque individuo che non sia punto attaccato da malattia cancerosa; nel qual caso, il cancro mammario è a riguardarsi unicamente come una causa predisponente.

La pleuritide e la idrope ponno ambedue svilupparsi

come resultati del cancro della pleura, e di quel cancro sotto la forma di placche ceree, cioè a dire, di placche bianche, generalmente circolari, simili per l' aspetto ed anche per la consistenza loro, a delle placche cartilaginee.

Tanto nell' idrope di petto per preesistita pleuritide cancerosa, come in quello legato all' idrope generale, non è a praticarsi la paracentesi del torace, se non che nei casi nei quali imponentissimi sieno gli sconcerti di leso respiro.

Per quello poi riguardi l' andamento proprio della malattia in discorso, il cancro fibroso è fra tutte le specie di cancri quello che progredisce colla maggior lentezza. Anatomicamente esso distinguesi dalla trasformazione fibrosa semplice, unicamente per la presenza del suco infiltrato nelle maglie del suo tessuto. Di più, havvi questa gran differenza clinica tra i corpi fibrosi della mammella ed il cancro fibroso, che, cioè, quest' ultimo continuasi manifestamente col tessuto proprio della glandula mammaria, mentre i corpi fibrosi sono, in generale, isolati, mobili in mezzo alla glandula mammaria sana.

Doppio cancro mammario. — Due operazioni sulla mammella primitivamente affetta. — Sterno canceroso. — Fegato canceroso. — Alcune placche ceree sul polmone.

Maria Margherita Montpetit, lavandara, di trentotto anni, madre di due figli, uno dei quali all' età di cinque anni, l' altro di ventinove mesi; pubere a 15 anni, ma sempre con mestruazione irregolare e ordinariamente ritardante gli otto e i quindici giorni. Tredici mesi dopo il suo primo parto, piccola glandula alla mammella destra, che andò gradatamente aumentando. Quindi, nove mesi dopo il secondo parto, cioè nel maggio 1836, estirpazione della metà della mammella, operata dal sig.

Amussat. Recidiva; seconda operazione nell' aprile 1837, e nella quale l' intiera mammella venne asportata.

Al suo ingresso nello spedale, il 29 settembre 1837, l' ammalata trovavasi nello stato seguente: in luogo della mammella destra una superficie ulcerosa di un colore intensamente rosso, limitata da un bordo prominente, inegualmente tagliato. La ulcerazione erasi estesa dalla mammella alla pelle che riveste lo sterno ed anche alla pelle della mammella sinistra, la quale sembrava atrofizzata, e presentava lungo il suo lato esterno e anteriormente al cavo della ascella, un gran numero di tubercoli e di tumori cutanei. Voluminose mostravansi le glandule assillari.

Enorme era il volume del fegato, occupando questo viscere i due ipocondrj e sorpassando ancora la regione ombelicale. Le vene succutanee dell'addome estremamente sviluppate, stabilivano una comunicazione tra le vene femorali e le vene toraciche. Coliche epatiche ben distinte dalle coliche intestinali; deperimento graduato; leggiero infiltramento degli arti inferiori; piccolo stravaso addominale. Stato stazionario di questa forma morbosa fino al 6 gennajo 1838. A quest' epoca: orripilazioni fredde; dolore intensissimo alla regione del fegato; oppressione di respiro; tosse accompagnata da dolore. Morte gli 8 gennajo.

Sezione del cadavere. — Tutta la regione anteriore del torace presentava una superficie ulcerosa, sostenuta da una base indurita, di cinque in sei linee di grossezza, e la quale estendevasi molto al di là dei limiti della ulcerazione. Sana era la glandula mammaria, ma completamente atrofizzata in mezzo all' indurimento della pelle e del tessuto cellulare. Un gran numero di tubercoli cutanei mostravansi al lato esterno della mammella cancerosa.

La degenerazione erasi estesa dalla pelle che riveste

lo sterno, allo sterno stesso, il quale presentavasi rammollito, flessibile, di una grossezza due o tre volte maggiore del naturale, e come ricurvato sopra se stesso nel senso della sua lunghezza, in modo, da offrire una convessità in avanti ed una concavità indietro. Abbenchè si avesse continuità di alterazione tra lo sterno e le parti circumstanti, pure i limiti di questo osso mostransi patentemente indicati dalla figura; intatto era il periostio, ma il rammollimento dello sterno era così avanzato, che esso lasciavasi tagliare alla maniera stessa delle parti molli, e del suco canceroso vedeasi contenuto entro le poche areale ossee rimaste illese. Un tessuto canceroso indurito circondava le cartilagini costali destre.

Tanto la pelle, che il tessuto cellulare succutaneo erano, per un tratto assai esteso, degenerati in cancro duro o fibroso compattissimo, dal quale ottenevasi, per espressione, grandissima quantità di suco canceroso. La stessa struttura riscontravasi nei tubercoli cutanei. Le glandule assillari erano rammollite e compenetrate esse pure da grandissima quantità del predetto umor canceroso.

Il fegato, di cui il peso ascendeva a otto libbre, era infarcito di masse color marrone, molli, encefaloidi; avea esso acquistato notabile distensione dal lato del torace, e aderiva al diaframma. La superficie del polmone presentava delle placche ceree.

Riflessioni. Manifestissime si rendono, in questo fatto, la identità di natura e l' analogia di tessuto del cancro duro col cancro molle, detto *encefaloide*. In esso, di natura encefaloide sono a riguardarsi le glandule assillari ed i tumori epatici, mentre l' alterazione delle mammelle, della pelle e del tessuto cellulare, appartiene al cancro duro o fibroso. La sola differenza tra questi due tessuti consiste nella quantità di suco canceroso che li compenetra, e per conseguenza nella attività del processo

morboso. Infatti, supponete in mezzo ad un cancro fibroso uno sviluppo di vasi nuovi, una grande attività di secrezione, avrete allora un cancro encefaloide; ed anche possibili sarebbero delle collezioni di suco encefaloide o l' *ascesso canceroso.*

In quanto alla degenerazione dello sterno osserverò che tanto esso come pure le coste, sono tra tutte le ossa, quelle che restano, le più spesse volte attaccate dal cancro, sia in forza di continuità di tessuto, sia, ancora, indipendentemente da questa continuità. Frattanto, ritengo dei fatti di masse cancerose multiple nelle ossa del cranio di donne, alcune delle quali avevano subíto, ed altre no, delle operazioni di cancro mammario.

L' infezione generale del cancro, una volta stabilita, ognun comprende, che la degenerazione va ad attaccare di preferenza, tale o tal altro punto della economia. Questa diffusione però si fa secondo certe leggi, le quali ci sono affatto sconosciute. Ignoriamo noi infatti, perchè in un tale individuo attaccato, fino da lungo tempo, da cancro mammario, resti il fegato affatto immune dalla malattia, mentre vi vada compreso in altro individuo, che ritiene le stesse condizioni del primo; così pure la ragione ne sfugge, perchè in molti casi, il cancro produca i maggiori guasti nel sistema osseo.

Riguardo alla terapeutica, è, prima di tutto, a ritenersi come punto assai importante, lo stabilire nel cancro mammario se esista o no una causa di infezione; e quando detta causa non riesca dubbia a un periodo dato della malattia, resta sempre a dimostrarsi, se essa esistesse nel principio della malattia stessa. Quindi, come questioni di sommo interesse e tuttora non risolute presentansi i quesiti, se il cancro tenga sempre ad una causa primitivamente generale; se, all' incontro, esso aver sempre si debba come primitivamente locale, o se esistano dei cancri primitivamente locali ed altri primitivamente gene-

rali, ed in quest' ultima ipotesi, se abbiasi un mezzo per distinguere gli uni dagli altri? In quanto poi alla opportunità della operazione nel cancro, è mio avviso, debba questa circoscriversi nei limiti i più ristretti. Ed io annunzierò in tesi generale, che giammai potrassi dire di possedere il mezzo per la guarigione del cancro, fino a che non sia ritrovato un qualche specifico alterante, idoneo ad esercitare sulla causa cancerosa quella stessa influenza che esercita il mercurio sulla causa sifilitica. Su di che ricorderò avere io invano, fino ad ora, messo in uso le preparazioni arsenicali, quelle di ferro, il mercurio, l'antimonio, gli acidi diluti, ed attualmente, coll' istesso successo almeno per ora, le sostanze alcaline.

Fascicolo 60.

MALATTIE DEL GROSSO INTESTINO.

(Tavola I.)

Enterite a placche cangrenose.

Il grosso intestino rappresentato da questa tavola, apparteneva a una donna, in età di 28 anni, di costituzione fortissima, la quale soccombè allo spedale della Maternità, nel mese di giugno 1830, venti giorni dopo aver partorito.

Ecco i dettagli spettanti a questa osservazione. =

Al mio primo assumere le funzioni di medico alla Maternità, nel posto fino allora tenuto dall' eccellente Desormeaux, trovai in una delle Sale cliniche l'ammalata di che si tratta, la quale avea partorito fino da dodici giorni, e che sembrommi costituita nel più grave stato di malattia. Era essa come esangue; la faccia di un color pagliato; tormentavala un dolore acuto alla regione lombare, senza alcun dolore addominale. Nella notte precedente al giorno della mia prima visita, erasi sviluppato altro dolore lungo le cosce, ove potei riscontrare una eresipela, la quale, senza offrire un colore intensamente rosso rendeasi sufficientemente manifesta, segnatamente alla sua circonferenza, per un colore leggermente roseo e pel rilevamento della pelle; piccola diarrea; sete intensa; polsi estremamente piccoli e frequenti.

I commemorativi erano i seguenti:

Parto naturale a termine, il 18 maggio 1830 (l' ammalata era entrata allo spedale la vigilia di questo giorno). Spasmi uterini con dolori ipogastrici, ad alleviare i quali invano furono applicate sopra centosettanta sanguisughe, nel corso di sei giorni. — Mancante affatto la secrezione del latte.

Sesto giorno: diarrea; somma prostrazione di forze; intensa sete.

Ottavo giorno: freddo perdurante il corso di due intiere ore, susseguito da abbondante sudore e da dolore acuto alle fosse iliache, dolore che ne invitò alla applicazione di due once di unguento napolitano, nel corso della giornata.

Nono giorno: febbre acuta; diminuito il dolore epigastrico. — Conati alle alvine evacuazioni, senza o con ben piccolo resultato.

Undecimo giorno: l'ammalata trovasi assai male dalla immersione nel mezzo bagno. — Frizioni con once due di unguento mercuriale. — Pondo intestinale; diarrea.

Duodecimo giorno: medesimo stato; si continuano le frizioni con unguento napolitano, e si applicano dodici sanguisughe.

Nel tredicesimo giorno, che fu il primo della mia visita, l' ammalata fecemi replicate istanze perchè le permettessi di prender del cibo, desiderio che formava singolar contrasto coll' aspetto dell' ammalata, ma che d'altronde non era a maravigliare, sapendosi ormai, che esso accompagna comunemente le malattie, anche le più gravi delle puerpere, le quali han chiesto talvolta l'alimento poche ore prima di soccombere. — Applicazione di empiastri ammoglienti sulle regioni lombari e del linimento con laudano sull'addome; clistere con decozione di malva e papavero; bevanda dolcificante.

Nel quattordicesimo giorno, mi si presenta una mag-

giore ampiezza nell' area cutanea eresipelata; nel quindicesimo giorno, osservando, da un lato, la eresipela estendersi colla maggior rapidità ed alla maniera delle eresipele erratiche, da un altro lato, farsi eccessivo lo stato di prostrazione delle forze, e forse troppo poco curando il fenomeno della diarrea, prescrivo una pozione gommosa con sei grani di solfato di chinino.

Medesima prescrizione nei giorni, sedici, diciassette, diciotto e diciannove. L' eresipela va sempre estendendosi, perde sempre più di colore e solo si rende apprezzabile per la sensazione di dolore al più leggiero contatto, e per un resto di tinta rosea, che tuttora conserva alla sua circonferenza. Intanto la diarrea si fa continua e involontaria. — Al solfato di chinino faccio succedere la decozione di china; quindi combatto direttamente la diarrea colla teriaca e coll' uso di piccoli clisteri d' amido e laudano. — Assopimento; disordine nelle idee; voce quasi estinta. L' ammalata soccombe il 9 giugno, ventun giorno dopo il parto.

Necroscopia. — Niuna alterazione delle parti sottostanti alla eresipela.—L'utero sulla sua faccia interna e nella porzione corrispondente alla placenta, presenta delle prominenze mammellonate costituite da dei gruppetti vascolari ripieni di concrezioni sanguigne aderenti.

La sezione dell' utero mostrava del pus raccolto in alcuni vasi.

Tubo gastro-enterico. — Stomaco e intestini tenui perfettamente sani. Ma l' intestino grosso presentava una lesione sommamente grave, di una forma ben poco comune; tanto che sembrommi meritasse di esser riprodotta colle figure.

Questa alterazione consisteva in tante placche cangrenose o escare prominenti, formate dalla membrana muccosa cangrenata e mescolate a dei prodotti di secrezione solidificati. La parola dotinenteria del Sig. Bre-

tonneau, poteasi esattamente applicare a questa forma di enterite, a cui, del pari che l'intestino tenue, va soggetto il grosso intestino.

Cominciava essa dalla parte inferiore del colon ascendente, e andava aumentando a misura dello accostarsi all' ano.

Vedeasi più marcata nella parte superiore del retto, di cui tutta la circonferenza era trasformata in tante escare disposte longitudinalmente, le quali toccavansi ed anche sovrapponevansi tra loro. Sorprendevami poi la disposizione a solchi di alcune perdite di sostanza, che, nella figura veggonsi indicate colle lettere S U, S U risedenti nella parte inferiore del retto corispondentemente all' arco del colon, solcature che davano l'istesso aspetto alle parti come se delle gocce di acido, versate sulla muccosa, avessero distrutta questa membrana nei punti del loro passaggio. Quindi, in tutto il tratto del grosso intestino, le placche escarificate mostravansi circondate da una specie di increspamento.

Notavasi finalmente la perfetta integrità della muccosa negli intervalli esistenti tra le notate escare, l' aumentata spessezza dell' intestino attorno queste escare medesime, ed il niuno sviluppo dei foglicoli.

Tre circostanze reclamano in questo fatto la nostra attenzione: la presenza del pus nei vasi uterini, la enterite con escare, la eresipela erratica. Ora, su queste tre condizioni affaccerebbesi, di primo tratto, la questione, se sia tra di esse a stabilirsi un rapporto come tra causa ad effetto, o sivvero un semplice rapporto di coincidenza; quesito, di cui assai difficile riesce la soluzione nello stato attuale della scienza.

In quanto poi alla esistenza del pus nei vasi uterini pochi mesi di soggiorno alla Maternità faceanmi abbandonare la opinione per un tempo, da me professata, che solo i vasi venosi ne fossero la sede, mostrandomi

la esperienza, che nelle peritoniti puerperali, molto più frequente era la presenza del pus nei vasi linfatici, di quello che nei vasi venosi; ciò che pure ammetter doveasi nel caso testè descritto. Di più, luminosi e moltiplicati fatti mi rendevano persuaso, che il pus nei vasi linfatici non era punto a considerarsi come circostanza grave, e tanto meno come una causa di morte, ma, all' incontro, come una condizione affatto innocua, quando detto pus venisse circoscritto da tutti i lati, nei vasi linfatici, ed alla guisa stessa che lo si troverebbe in un fuocolare purulento ordinario. Della qual cosa trovasi la ragione in ciò, che in simili casi va effettuandosi gradatamente un riassorbimento, per cui detto liquido si fa, mano a mano, più solido, e termina infine col disparire affatto.

Riguardo alla eresipela, essa non fu, nel nostro caso, a considerarsi se non che qual circostanza accessoria. Nei casi però nei quali essa trovisi sola, può talvolta costituire una delle più gravi malattie delle partorienti.

Molti e luminosi fatti mi offrirebbe la pratica, di cui potrei servirmi a tracciare la descrizione generale della *eresipela puerperale*; ma tal descrizione avrà suo posto altrove, e solo qui ricorderò lo assumere che fa sovente questa eresipela la forma erratica; il suo modo di attaccare successivamente tutte le parti del corpo; il farsi tanto più temibile quanto più gl' individui che ne vanno offesi, trovansi ridotti in stato di anemia o per sofferte abbondanti emorragie o per evacuazioni sanguigne artificiali; l' assenza del rossore eresipelaceo nei malati esangui, nei quali la eresipela distinguesi pel nastro roseo alla sua circonferenza, pel dolore e per una leggiera tumefazione edematosa; finalmente lo esser vero rimedio in questa malattia le fomentazioni con decozione di china, avvalorata con poca quantità d' acquavite canforata e quindi l' uso interno

della corteccia peruviana. Sul qual trattamento curativo ne sia permesso di osservare, come io dia la preferenza all' estratto gommo-resinoso di china, in dose di un denaro in una pozione di sei once, da cui ho potuto riscontrare dei pronti e salutari resultati in quegl' individui specialmente, attaccati da eresipele erratiche sotto forma tifoidea. E non solo la eresipela puerperale, ma, in generale, tutte le eresipele erratiche con prostrazione di forze furono da me vinte con questo metodo, di cui ritengo ormai sufficientemente constatata la proficua influenza. Finalmente, osserverò, che i vessicatorj applicati nel centro della eresipela, secondo il metodo di Dupuytren, non son mai riesciti all' effetto che io ne attendeva, poichè, niuna eresipela vidi io venir limitata dietro la loro applicazione.

Che in quanto alla forma di enterite rappresentata dalla tav I, è da osservarsi, che tutti i punti attaccati dalla flogosi si erano trasformati in escare. Ora questa specie di enterite posteriore al parto non ha mai risentito alcuna vantaggiosa influenza dal trattamento antiflogistico, che suolsi generalmente impiegare a combattere la peritonite. Ciò che sta a provare, esservi in tutte le malattie puerperali altro ente morboso oltre la flogosi, la quale è solo a ritenersi come un effetto; per cui il metodo anti-flogistico riescirà forse a dar piuttosto maggiore sviluppo alla malattia, rendendo più intensa la causa motrice di essa col diminuire la forza di resistenza di tutta la economia. Così, in quella forma di pneumonite, a cui piacquemi assegnare la denominazione di *pneumonite diffusiva*, e nella quale l'infiammazione, ben lontana dal restare circoscritta nel punto primitivamente attaccato, estendesi progressivamente di strato in strato, in questa pneumonite, io dico, i salassi ripetuti esercitano la loro ordinaria salutare influenza sul primo irrompere della flogosi, ma vani e inefficaci essi riescono nei successivi

periodi del male, che sembrano portare direttamente alla ultima fatal resultanza. E tornando alle malattie puerperali giova ripetere, che tra tutte le malattie non havvene che quanto queste stieno a deporre contro il salasso eccedentemente impiegato. Allo sviluppo della prima epidemia di peritonite puerperale da me osservata alla Maternità, nell' inverno dal 1830 al 1831, peritonite, che io qualificai col nome di *tifo puerperale* (*), credei, di primo tratto, che gl' insuccessi del trattamento antiflogistico solo provenissero da difetto di opportunità e di energia nell' impiego delle emissioni sanguigne, per cui, ecco, come andava io organizzando la cura: faceva due visite al giorno; ma temendo che qualche momento di ritardo nell' applicazione dei rimedj riescisse a carico delle ammalate, avea dato l'ordine, che la prima sanguigna venisse immediatamente praticata dopo la reazione che sussegue al freddo febrile; quindi, il salasso generale esser dovea ripetuto di tre in tre ore, congiuntamente ad una permanente applicazione di sanguisughe sull' addome. Però disgustavanmi, in breve, i resultati di questa cura; e finiva quindi per alienarmi affatto dai salassi smodati nel tifo puerperale, la osservazione, che le peritoniti le più gravi e le più rapidamente mortali, erano quelle che sviluppavansi nelle donne esinanite per abbondanti emorragie.

Abbenchè in medicina, non voglia io dare ai numeri quella stessa importanza attribuita loro dai medici statistici, perchè non credo i fatti medici suscettibili di esser rappresentati da delle cifre e ridotti ad un comune denominatore (**); pur tuttavia, è mia opinione, che possa con successo applicarsi il calcolo ai punti comparabili

(*) Vedete = 24 fascicolo, e *journal universel hebdomadaire de médecine*, 1831, t. IV, p. 217 e seg.

(**) Su tale importante questione consulterassi = *Mémoire sur le calcul de probabilités appliquées à la médecine* presentata all' Acca-

dei fatti, a ciascuno dei numerosi elementi che li costituiscono, e quindi determinabile riesca la frequenza relativa di tale o tal altra circostanza di questi fatti medesimi. Così, per esempio, anche la logica la più severa non può che applaudire all' atto di determinare le proporzioni esistenti, per rapporto alla frequenza, tra le diverse lesioni alle quali va soggetto tale o tal altro organo; e sotto il nominato punto di vista, di somma importanza sarebbe lo stabilire una specie di gerarchia tra i diversi organi della macchina umana. Così, vedrebbesi allora, che un tale organo il quale trovasi al più alto grado della scala, sotto il punto di vista di una tal lesione, troverebbesi, per rispetto ad altra lesione, negli ultimi posti. Quali dati, ove raccolti venissero su di un numero assai grande di fatti, darebbero non poca luce sulla struttura e sugli usi degli organi, non meno che sulle diverse loro condizioni morbose.

demia Reale di Medicina dal sig Risuenio d' Amador, Professore alla Facoltà di Medicina di Montpellier; come pure la discussione solenne, alla quale questa Memoria ha dato luogo (Bulletin de l'Académie Royale de médecine, Paris, 1836. t. 1:, p. 642).

MALATTIE DELLA MILZA.

(Tavola II.)

Fuocolari sanguigni. — Tubercoli.

La fig. 1 rappresenta la milza di un ferito del 1830, nel quale i polmoni ed il fegato mostraronsi ripieni di fuocolari purulenti. E non dubito punto che i fuocolari sanguigni o piuttosto gl' indurimenti rossi rappresentati dalla sezione della milza, non sieno essi pure a considerarsi come il primo grado di fuocolari purulenti, i quali avrebbero probabilmente terminato di formarsi, se il malato avesse sopravvissuto più lungo tempo. Ad appoggiare questa opinione concorre la osservazione sul modo di sviluppo degli ascessi traumatici del fegato e del polmone, i quali cominciano sempre per degli indurimenti somigliantissimi alla apoplessia capillare, cioè a dire, a quella apoplessia nella quale il sangue resta infiltrato nel tessuto, piuttosto che riunirsi in fuocolare; e più, sta a convalidarla il fatto, che negli ascessi traumatici, non tutti i fuocolari sono contemporanei, trovandosi degli indurimenti rossi ed altri con principio di suppurazione, accanto a degli ascessi pienamente formati, e ciò non solo nei diversi organi, ma in un istesso organo puranco.

Le fig. 2 e 2' riguardano un ferito del febbrajo 1832,

egualmente morto per fuocolari purulenti nel fegato e nel polmone, nella qual categoria sembrami possa del pari venir classificata l' alterazione, che dette figure son destinate a rappresentare.

Il pezzo patologico dimostrato dalla fig. 3 appartiene a un tisico di dieci in dodici anni, morto con dei tubercoli nei polmoni e nelle glandule bronchiali e addominali. Alla radice della milza veggonsi delle glandule tubercolose G T. Altri tubercoli irregolari, alcuni dei quali allo stato nascente, altri circondati da un tessuto indurito, mostransi, più qua e più là, disseminati in questo viscere, il di cui tessuto rendesi rimarchevole pel suo colore bruno-cupo.

Le figure 4 e 4' rappresentano la milza di un fanciullo di quattro anni, morto tisico con degenerazione tubercolare delle glandule del mesenterio. In questo soggetto il fegato mostravasi sparso di una quantità di piccolissimi tubercoli miliari, perfettamente trasparenti, sensibili al tatto più che alla vista e come interposti agli acini glandulari epatici: i quali tubercoli faceansi non più apprezzabili dalla vista, abbenchè lo fossero sempre dal tatto, ove s' immergesse il fegato nell' acqua alcoolizzata.

In grandissimo numero erano i tubercoli della milza (figg. 4 e 4'): erano bianchi e ad un grado di maggiore sviluppo di quelli del fegato, quando in ambedue ammetter si volesse una stessa natura.

La esistenza di una forma di tubercoli eccessivamente piccoli, perfettamente trasparenti, sensibili piuttosto al tatto che alla vista, è stata ammessa nel parenchima dei polmoni, e da me pure riscontrata nel fegato. Ora, questa specialità di tubercoli si presta perfettamente alla ipotesi dei tubercoli preesistenti alla manifestazione della tise polmonare, i quali ponno rimanersi allo stato latente pel corso ancora di un gran numero di anni.

Considerazioni generali. — Le lesioni della milza reclamano tanto più l'attenzione degli osservatori, in quanto che quest' organo è dotato di una struttura speciale, suscettibile di ridursi, previe accurate dissezioni ed injezioni, in un tessuto erettile, in una rete vascolare venosa, nella quale una grossa arteria è destinata a trasmettere il sangue, che poi viene riportato al fegato da una grossa vena. Le lesioni dunque della milza meritano fino a un certo punto, di esser considerate come aventi la sede loro in una rete venosa; ed il paralello delle lesioni che la riguardano con quelle analoghe che sviluppansi negli altri tessuti, può gettare la più gran luce sull' argomento spettante alle lesioni organiche in generale. La ipertrofia è, presso a poco, la sola lesione della milza, la quale sia stata convenientemente studiata e nella alterazione organica che la costituisce e nei suoi legami colle febbri, nelle quali però, non saprei riguardare come assolutamente necessaria la presenza di questa lesione, avendola più volte riscontrata in degli individui, che non avevano mai provato un solo accesso di febbre intermittente, e la di cui eccellente salute, il buon colorito della pelle ec. stavano ben poco in rapporto con questo aumento di volume del viscere splenico. Fra gli altri fatti ricorderò quello risguardante una giovine donna, a cui, fino da molti anni, prestava io le mie cure mediche, e nella quale il volume enorme della milza mal conciliavasi con uno stato apparente della più florida salute. Temeva io frattanto le conseguenze di una gravidanza, ma questa invece compissi, unitamente al parto, nel modo il più regolare. Una seconda gravidanza fu parimente felice, e la milza conservò sempre quell' enorme volume che avea presentato per l' avanti. Giammai questa donna andò soggetta a febbri intermittenti, e conserva sempre l' aspetto della più perfetta salute.

Osserveremo per ultimo, che la milza divenendo frequentemente sede di processo flogistico, è assai ragionevole lo ammettere, che in molti casi, la ipertrofia non sia altro a ritenersi, che come il resultato di una infiammazione subacuta, terminata coll'indurimento. A comprovare tale asserto concorrono i fatti: che la milza così degenerata, è molto sensibile alla pressione; che questa alterazione può venire felicemente combattuta coi mezzi antiflogistici locali, cogli empiastri fondenti ec.; che alla necroscopia presentasi nel centro, e più spesso ancora, alla circonferenza di questo viscere indurito, del pus infiltrato.

Questo pus però, raramente riscontrasi, nella milza, costituito in fuocolare; ed un solo caso me ne ha offerto la pratica, caso veramente rimarchevole, tanto considerato isolatamente come per le circostanze che lo accompagnano. Trattavasi di una milza fatta vuota per un vasto ascesso aderente allo stomaco, di cui la grossa estremità offriva una perdita di sostanza, che io, di primo tratto, ritenni come consecutiva all' ascesso. Ma, un più attento esame delle parti mettevami in grado di conoscere, che detta grossa estremità dello stomaco era, invece, la sede di un' ulcera cronica, per la più gran parte, cicatrizzata e limitata da un bordo circolare, tagliato a picco; che, nel centro di quest' ulcera erasi stabilito un processo di erosione, il quale avea distrutto, in questo punto a tutta sostanza, le pareti dello stomaco stesso, mentre alle parti mancanti stava a supplire la milza, la quale, facea, così, l' ufizio di un vero mezzo otturatore. Ora, in simili circostanze non resta difficile a spiegarsi la formazione di un ascesso entro la sostanza del viscere in discorso.

Ed anche i fuocolari purulenti molteplici, resultanti dalle ferite e dalle operazioni chirurgiche, sono molto più rari a riscontrarsi nella milza, di quello che nel fegato e nei polmoni. Di cotal fatto andava io tanto più inde-

fessamente cercando la spiegazione, in quanto che avrebbesi avuto in esso un argomento contradittorio alle mie idee sulla flebite, riguardata sorgente di simili guasti consecutivi; e domandavami spesse volte, il perchè la milza ed i corpi cavernosi della verga, i quali ritengono una struttura essenzialmente venosa, non presentassero più frequenti quelle lesioni, delle quali avea io constatata la sede nel sistema venoso. Trovava però in breve la soluzione del quesito considerando, che il sangue alterato nei suoi composti per la sua miscela col pus, traversar dovea più agevolmente la rete venosa della milza, di quello che la maggior parte degli altri organi; poichè detta rete venosa essendo a larghe maglie, sembrava fosse non altro a considerarsi che un luogo di passaggio; e tanto più, per la sua diretta comunicazione colle grosse vene. Lo stesso ragionamento trovava io applicabile ai reni, organi, come la milza, eminentemente vascolari, e che giammai riscontrava alterati, in mezzo alle grandi lesioni resultanti dalle ferite e dalle operazioni chirurgiche. Così, nelle mie esperienze per mezzo delle injezioni del mercurio nelle vene, nemmeno una sola volta mi si appresentò questo liquido entro i capillari del viscere secernente l' orina.

Egualmente che la suppurazione riunita in fuocolari disseminati è raro a riscontrarsi nella milza il processo di tubercolizzazione. L' istessa tise tubercolare dei polmoni, rade volte, complicasi, nell' adulto, coi tubercoli splenici, non potendone io stesso ricordare, che un solo esempio tra i moltissimi tisici adulti da me osservati; e se contasene qualche caso fu questo riscontrato negli individui, dai cinque fino ai dodici o quindici anni.

Così può dirsi della degenerazione concerosa di quest' organo il quale va, quasi costantemente immune da simil degenerazione, anche nei casi nei quali abbiasi

l' infezione generale; a differenza del fegato, in cui patentemente la si osserva, sia primitiva o secondaria.

La milza va frequentemente soggetta alla produzione di quei corpi speciali che distinguonsi col nome di acefalocisti; di che, soventi volte, la mia pratica stessa mostravami marcatissimi esempj.

MALATTIE DEGLI INTESTINI.

(Tavola III.)

Ernie ombelicali congenite.

Spiegazione delle figure.

La fig, 1 rappresenta un' ernia ombelicale o piuttosto una sventrazione congenita, di cui l' istoria sembrami offrire il più grande interesse.

Il fanciullo che veniva attaccato da questa malattia, fu portato, il 24 agosto 1832, alla Facoltà di Medicina ove, formò soggetto delle mie considerazioni, non meno che di quelle dei miei rispettabilissimi Colleghi. Fino dal primo esame tenuto colla maggiore accuratezza possibile da tutti noi, ne fu forza il convenire che questo fanciullo avrebbe, in breve, dovuto soccombere; poichè la riduzione delle parti spostate, d' altronde facile e completa, veniva istantaneamente susseguita da minaccia di soffocazione, da sospensione immediata delle grida del fanciullo; sconcerti che ne faceano desistere da cotal manovra come da una misura imprudente. Intanto, per tutto metodo di cura proponevasi di preservare il tumore da qualunque violenza esterna o da qualunque contatto, e perciò lo si facea ricoprire di un pezzo di taffettà ingommato; le quali precauzioni rendeansi tanto più ne-

cessarie, in quanto che alcuni punti della superficie del tumore mostravansi erosi od in via di una prossima erosione.

Dopo qualche tempo, il sig. Dott. Requin (Aggregato alla Facoltà) il quale avea assistito al primo esame su questo individuo, e che in seguito avea tenuto dietro alla malattia, più per pura curiosità scientifica, che colla speranza di ottener di essa la guarigione, mi fece inteso che il fanciullo era guarito; e quindi egli stesso volle presentarmelo nello stato di ricuperata salute.

Questa importante osservazione amo io qui riportare tale quale fu pubblicata dal sullodato sig. Requin nella Gazzetta medica del 4 ottobre 1832:

» Il 24 agosto, la sig. R. . . . . . mise in luce, dopo
» un parto assai facile, un bambino maschio, il quale
» presentava nella parte centrale dell'addome un tumore
» grosso quanto il pugno. La Laurent levatrice, sorpresa
» da tal fenomeno, reclamò il giudizio del medico; il
» quale accorso, fe' tosto rientrare il tumore in cavità;
» ma accorgendosi, che immediatamente dopo la ridu-
» zione dell'ernia, il bambino cessava dall' emetter gri-
» da, venne in timore, che il mantenere la riduzione delle
» parti costituisse un ostacolo al respiro. Egli dunque
» lasciò il tumore in statu quo, e consigliò che il bam-
» bino fosse tradotto alla Facoltà di medicina. Era un
» venerdì, giorno di seduta. Allo sciogliersi di questa,
» Dupuytren ed i sigg. Bicherand, Marjolin, Moreau,
» J. Cloquet e Cruveilhier, videro ed esaminarono que-
» sto bambino: (potrebbero, essi, ove uopo fosse, atte-
» stare l' esattezza delle mie parole). Ecco quale era lo
» stato di questo individuo: pelle fredda e livida, polso
» appena sensibile, acute grida quando scoprivasi il tu-
» more. Offriva questo il volume del pugno; era coperto
» da un inviluppo membranoso, fine e trasparente, re-

» sultante, con tutta evidenza, dalla dilatazione della guai-
» na ombelicale, perchè mancante la porzione centrale della
» parete dell'addome: infatti questo inviluppo continuavasi,
» per un lato, colla circonferenza interna della apertura
» addominale, per un altro lato, col cordone ombelicale
» stesso, che sembrava nascere e distaccarsi dalla sommità
» del tumore (il sig. Cruveilhier fe' trasportare il bambino
» presso un disegnatore, il sig. Chazal, ed in breve egli fa-
» rà di pubblica ispezione l'immagine di tal singolare ano-
» malia). Aggiungiamo, che il tumore era allora, ridu-
» cibile, e che dopo la sua riduzione, poteansi avvici-
» nare fino al loro mutuo contatto i bordi della aper-
» tura addominale; però, in questa manovra il bam-
» bino cessava istantaneamente di gridare. Era ciò l'ef-
» fetto di una soffocazione, o l' individuo cessava di
» soffrire? Fu questo un punto di questione che rimase
» non risoluto. Intanto, per comune avviso, fu pro-
» nunziato un pronostico infausto; nè io pure dissentiva
» dalla generale opinione, nel tempo stesso che propo-
» nevami di tener dietro all' andamento della malattia,
» non colla speranza di salvare il bambino, ma per mera
» curiosità scientifica. — Consigliava l'applicazione sul tu-
» more di un pezzo di taffettà ingommato, intriso in
» olio di mandorle dolci, e sopra ad esso una compressa
» di flanella imbevuta d'acqua di malva; quindi, dell'a-
» cqua gommata per bevanda; dei clisteri ammoglienti.

» All' indimani 25, il bambino avea reso, in tre o
» quattro volte, del meconio; aveano continuato le acute
» grida, senza che il tumore fosse rimasto, in alcun pun-
» to, a contatto dell' aria; era esso però ingrossato e
» fatto irreducibile per delle aderenze inflammatorie; il
» suo inviluppo rimasto attaccato da viva flogosi, mostra-
» vasi tappezzato da un trasudamento pseudo-membra-
» noso: era visibile all' esterno una vera peritonite. —
» Medesime prescrizioni.

» Il 26, medesimo stato. Sostituisco all' acqua di
» malva del latte allungato con decozione d' orzo zucche-
» rata. Il mio dito, introdotto nella bocca del bambi-
» no, avea determinato dei movimenti automatici di
» suzione. Non aveasi creduto doversi accostare il petto
» materno ad un bambino reputato presso che a morte.

» I 27 e 28: borborigmi, eruttazioni; la cute cir-
» cumstante al tumore va tendendosi ed assume un co-
» lor roseo. L' acutezza delle grida e la forza colla quale
» il bambino stringe il dito che gli vien presentato,
» dimostrano che molta vitalità si sostiene tuttora. —
» L' istessa medicatura locale; latte allungato; clisteri
» ammoglienti.

» Il 29, la superficie del tumore è in parte nera
» come il cordone ombelicale. L' ernia non è diminuita
» di volume; essa dà ricetto alla quasi totalità dei vi-
» sceri addominali, dal che ne nasce un vuoto profondo
» nel rimanente della cavità e segnatamente in corri-
» spondenza della regione epigastrica; il polso si man-
» tiene filiforme; la pelle fredda, soprattutto ai piedi;
» continuano le acute grida; si è sviluppata una abbon-
» dante diarrea; minori i borborigmi; continuano delle
» eruttazioni. Con tutto ciò non potrebbesi escludere
» affatto una qualche apparenza di miglioramento, poi-
» chè il bambino non lagnasi altrimenti, quando il
» tumore resta esposto all' aria, e di più, perchè può
» abbandonarsi tranquillamente al sonno. — L' istesso
» metodo di cura; l' istesso nutrimento.

» Il 30, tutto il tumore è nero; sommamente distesa
» e di un rosso lucido la pelle che lo circonda: persi-
» stono la diarrea e gli altri fenomeni morbosi tutti; au-
» mento nella emaciazione, la quale ha dominato fino
» dalla nascita; la pelle è flaccida, fredda e di terreo
» colore; il bambino riposa, per così dire, sulle ossa.

» Il 1.° settembre, il tumore è nel medesimo stato,

» ma cessata è la diarrea, ed anzi le alvine evacuazioni
» son costituite da materie solide, necessitando nel loro
» operarsi, degli sforzi penosi: il bambino è tranquillo,
» e grida soltanto per esprimere il bisogno dell'alimen-
» to, calmandosi istantaneamente tutte le volte che gli
» si porge il latte.

» Il 3: medesimo stato fiisiologico. Il tumore si de-
» terge e suppura, e non vi ha che la porzione la più
» esterna dei suoi inviluppi, la quale sembra essere stata
» colpita da cangrena.

» Il 5: il polso diviene più sensibile e sembra farsi più
» attiva la nutrizione generale. Sempre nera si mostra
» la metà del tumore, mentre l'altra metà suppura come
» una piaga ordinaria; in generale però esso è dimi-
» nuito di volume.

» Dal 5 al 9, il tumore mostrasi sempre meno di-
» steso e ridotto in cavità. Il 9, il cordone ombelicale
» cade, e con esso sparisce affatto tutto ciò che restava
» di pellicole nerastre e cangrenate.

» Il 10, non osservasi più alcun tumore che sorpassi
» la superficie dell' addome; e solo, ove esso esisteva
» mostrasi una piaga della larghezza di una moneta di
» cinque franchi in piena suppurazione. Il bambino beve
» e dorme perfettamente; non più dolori nell'atto delle
» evacuazioni alvine.

» Fino al 10 settembre la piaga andò, di giorno in
» giorno, volgendo alla cicatrizzazione; lo stato generale
» del corpo acquistò l' aspetto di florida salute, e man-
» tenendosi alla madre la secrezione del latte, potè il
» bambino nutrirsi ora del latte materno, ora del latte
» di vacca allungato con decozione di orzo.

» Oggi, 2 ottobre: la piaga, di circolare che essa
» era, si è fatta oblonga e appena ritiene un pollice di
» lunghezza sopra a mezzo pollice di larghezza. Distin-
» tissime sono le pulsazioni delle arterie radiali, le quali

» ascendono a 112 per minuto. Grande è sempre l'emacia-
» zione, ma tutte le funzioni si adempiono presso a poco
» normalmente.

In seguito, presentaronsi due ernie inguinali. Il bambino ricuperò la intiera salute.

Figg. 2 e 2'.

Le figure 2 e 2' rappresentano un caso di sventrazione ombelicale congenita, rimessomi dal Dottor Dupuy, Professore ostetrico a Niort. Il soggetto di questa osservazione è un feto femmina, venuto in luce di otto mesi, per parto naturale.

Nella fig. 2 si ha luogo di vedere come sommamente voluminoso fosse il tumore e la perfetta trasparenza del suo inviluppo, il quale permette di scorgere al di sotto di esso il fegato e gl' intestini.

Nell' istesso modo che nel caso precedente, la inserzione del cordone ombelicale mostrasi quivi non nel centro del tumore, ma nella sua parte inferiore a sinistra; e continuando un esame dettagliato di detto cordone, scorgonsi i suoi elementi dissociarsi e avanzare isolatamente entro la sostanza stessa delle pareti del sacco. La qual disposizione sembrommi costante in tutte le sventrazioni congenite da me osservate.

Marcatissimi sono i limiti di questo sacco erniario trasparente; vedesi infatti attorno di quelli la cute come troncata, e quasi stata fosse asportata dal coltello anatomico; intanto che dai bordi della perforazione nasce la membrana d' inviluppo del tumore, la quale continuasi coll' inviluppo stesso del cordone ombelicale.

Vedesi poi contenuto entro il tumore un liquido trasparente, che cangia di posto nelle diverse attitudini che vengono impresse al corpo del bambino.

Staccata per mezzo di una sezione circolare e quindi

rovesciata la parete anteriore dell' addome (fig. 2'), potei mettere in chiaro: 1° che il liquido trasparente da me creduto stanziare entro la cavità del sacco era invece situato nella spessezza delle sue pareti; 2.° che la più gran parte dei tenui e grossi intestini insieme con non piccola porzione di fegato entravano nella composizione del tumore; che la porzione di fegato spostata E F veniva separata dal resto dell' organo in forza di uno strozzamento circolare; finalmente, che questa porzione spostata apparteneva al lobo destro, e che la stessa cistifellea vi restava compresa.

In quanto al sacco o ciste che dir si voglia, veniva esso costituito da delle membrane trasparenti, tra le quali raccoglievasi un liquido sieroso insieme con dei fiocchi albuminosi aderenti alle membrane stesse, e vi scorrevano pure la vena e le arterie ombelicali per portarsi ciascuna al loro destino.

Estremamente corta era la vena ombelicale, perchè la porzione di fegato contenuta nel tumore, rimaneasi in prossimità del punto di inserzione del cordone; un tragitto più lungo vedevasi percorso dalle arterie ombelicali per portarsi ciascuna al loro destino.

Estremamente corta era la vena ombelicale, perchè la porzione di fegato contenuta nel tumore, rimaneasi in prossimità del punto di inserzione del cordone; un tragitto più lungo vedevasi percorso dalle arterie ombelicali, e tanto la prima che le seconde erano circondate da un tessuto gelatiniforme semi-trasparente, e di una considerevole compattezza.

La membrana esterna di questo sacco, resistentissima, continuavasi, da un lato, colla pelle, da un altro lato, coll' inviluppo il più esterno del cordone.

La membrana interna facea continuazione ai muscoli addominali ed al peritoneo; il quale sembrava adeso alla faccia posteriore di detta membrana, da cui non sarebbesi lasciato distaccare.

Del resto, parea che un processo di separazione avesse cominciato ad operarsi tra il sacco e la pelle, facendo supporre ciò la presenza di una rossa striscia di injezione situata corrispondentemente alla metà superiore della circonferenza del tumore ed occupante tanto il peritoneo come la cute.

Condizioni generali. — Una molto importante conseguenza pratica emerge dal fatto rappresentato dalla fig. 1; e questa si è *la possibile curabilità delle sventrazioni congenite;* poichè, sebbene l' anatomia patologica abbia stabilito, che un gran numero di queste lesioni non offrono, come lesioni, alcun carattere di incurabilità, (*) pur nonostante non aveasi ancora di essi, nell' arte pratica, un esempio di guarigione.

Da ciò ne conseguita, 1.° che, sotto il rapporto medico-legale, i bambini che nascono con questo vizio di conformazione riguardar si deggiono come vitali, bastando un solo esempio di sopravvivenza a stabilire la vitalità, 2.° che, rispetto al parto, è caldamente a raccomandarsi ai pratici il prevenire, per quanto è possibile, la rottura, d' altronde sì facile, del sacco erniario; 3.° finalmente, che in quanto alla terapia, non deggiono tali individui abbandonarsi intieramente a loro stessi.

Frattanto, in fatto di metodo curativo, il solo partito da prendersi in simili casi, è quello di esercitar sull'addome una leggiera compressione, la quale permetta all'anulo cutaneo di ritornar sopra se stesso, a misura che le parti spostate rientrano in cavità; e questa riduzione graduata sembrami sia a preferirsi alla riduzione completa bruscamente impiegata.

(*) Vero si è, che la maggior parte dei bambini i quali vengono in luce con questa specie di ernia, presentano la rottura del sacco trasparente che queste ernie ravvolge, rottura che, ora, è recente e operatasi nel parto, ora, antica ed offrendo i segni non equivoci della sua anteriore esistenza.

La somma importanza della riduzione delle ernie ombelicali si fa completamente manifesta dal fatto, che in questa specie di ernie non havvi mancanza di parti nelle pareti addominali, ma solo, diradamento e retrazione di queste pareti, in grazia della loro elasticità; fatto intieramente estrinseco, egli è vero, alle discussioni relative al modo di produzione di questo vizio di conformazione, ma che tacitamente o esplicitamente vien riconosciuto da tutti gli autori.

Nel caso rappresentato dalla fig. 1, una infiammazione stabilissi negli inviluppi del sacco erniario: all' indima-
» ni, dice il sig. Requin redattore, il tumore erasi fatto
» anche più voluminoso; era irreducibile per le aderenze
» inflammatorie da esso contratte, e mostravasi tappezzato di un trasudamento pseudo-membranoso: *era questa una vera peritonite visibile all' esterno.* Ora, la sede di questa infiammazione esser dovea non nel peritoneo, ma nelle membrane che costituivano l'inviluppo del tumore; quindi il trasudamento pseudo-membranoso, visibile all' esterno, contener doveasi non nella cavità del peritoneo, ma nello spazio compreso tra le dette membrane; per cui uopo è confessare, che sulla sede del trasudamento il sig. Requin commesso avea l' istesso errore, nel quale era io pure caduto, prima della autopsia, riguardo alla sede del liquido; errore, che la sola necroscopia render poteva apprezzabile.

Domandava io, intanto, a me stesso, se la flogosi delle membrane avesse per molto contribuito, in questo caso, alla guarigione, e se, in casi analoghi, sarebbe a ritenersi come precetto d' arte il provocarla; quindi, nell' ipotesi affermativa, se sarebbero da impiegarsi, a tale scopo, gl'irritanti applicati alla superficie esterna del tumore, o quelli injettati tra le due membrane? Prematura, come ognun vede, è a ritenersi per ora la soluzione di simili quesiti.

È poi altra questione importante: se la rottura del

sacco porti necessariamente seco la morte. Su di che osserverò, che sebbene la maggior parte dei bambini con ernia ombelicale e rottura del sacco, nascano morti, e quantunque dei fatti positivi vadan provando, che in un gran numero di essi, la morte ha preceduto il parto, almeno di molti giorni, tali notizie però non ne deggiono imporre tanto da dover lasciare ove il figlio venisse vivo alla luce, che egli soccombesse ad una sicura morte; per cui sarà sempre da impiegarsi ogni cura atta a ridurre gl' intestini spostati, prevenendo così, per quanto possibil sia, i funesti effetti del contatto dell'aria e degli agenti esterni sul peritoneo.

Il 6 gennajo 1828, mi fu presentato il corpo di un neonato, rimasto vittima di un'ernia ombelicale, 4 giorni dopo la nascita. Alla regione ombelicale esisteva una apertura, o specie di perforazione, di un pollice di diametro, per la quale sortiva un gruppo di intestini tenui di un color rosso cupo. Era evidente, che la morte del bambino doveasi allo strangolamento o piuttosto alla peritonite occasionata dal contatto dell' aria.

Dal bordo dell' apertura ombelicale nascevano dei lembi di un sacco sottile, di colore scuro che denotava esser la rottura di antica data. Sembrava dunque che ad un'epoca più o meno avanzata della gravidanza, il sacco fossesi rotto, che gl' intestini sostenuti o lubrificati dalle acque dell' amnios, fossersi sottratti alle conseguenze della loro protrusione fuori della cavità peritoneale, abbenchè non fosse in essi da escludersi, al tempo stesso, la sede di una infiammazione adesiva, come stavano a dimostrare tutte le anse intestinali protruse, adese intimamente fra loro.

Il trattamento da impiegarsi in un caso di simil genere, sarebbe stato di ridurre, sbrigliandole od anche senza sbrigliarle, le parti protruse, e mantenerle ridotte con dei punti di sutura, i quali però non sarebbero da impiegarsi nel caso di integrità del sacco erniario.

Resta ora a trattarsi la questione scientifica risguardante la teoria della formazione delle sventrazioni ombelicali, questione che legasi necessariamente colla questione pratica; perchè finalmente egli importa di sapere se le parti spostate siensi primitivamente trovate entro la cavità addominale, o sivvero, se primitivamente tutta la matassa intestinale venisse contenuta nella spessezza della base del cordone; in una parola, se avesse esistito spostamento o mancato rientramento di parti, se spostamento o arresto di sviluppo.

Su di che giovi qui richiamare l' anatomia patologica delle sventrazioni ombelicali, la quale ne addimostra: 1.° un sacco erniario trasparente, emisferico, avente origine da una linea di demarcazione assai distinta costituita da una perdita di sostanza, almeno apparente, della pelle, la quale sembra ivi come asportata dal coltello anatomico; 2.° il cordone ombelicale non proveniente dal centro del tumore, ma dalla sua parte inferiore e laterale sinistra; 3.° il sacco, malgrado la sua trasparenza, resultante da due membrane, una delle quali esterna continuantesi cogli inviluppi del cordone (corion ed amnios), l' altra interna continua coi muscoli e col peritoneo; 4.° tra queste due membrane un denso strato di sierosità e di sostanza gelatiniforme; 5.° una tendenza alla separazione nel punto tra la pelle ed il sacco; 6.° le parti spostate raccolte nella spessezza della base ombelicale, circostanza che costituisce la principale differenza tra le sventrazioni e le ernie ombelicali dette congenite, oltre al venir costituito l' inviluppo esterno, nelle sventrazioni, dalla pelle, nell' ernia congenita, dagl' inviluppi stessi del sacco.

Che passando ora direttamente alla importante questione della etiologia delle sventrazioni ombelicali, ricorderò, prima di tutto, la teoria ingegnosa proclamata dal Meckel e generalmente adottata ai nostri giorni, la

quale riporta la causa delle sventrazioni a un arresto di sviluppo.

Quale arresto di sviluppo per rapporto a qualunque lesione in genere, corrisponde esattamente allo ammettere, che a un' epoca determinata della vita intra-uterina, il feto presenti temporariamente quella disposizione che costituisce la lesione stessa: ossia, in altri termini, può dirsi che una lesione per arresto di sviluppo altro non è, che uno stato normale temporario, divenuto permanente.

Così, qualunque siasi questione risguardante un arresto di sviluppo, altra ne presuppone, la quale è del tutto embriologica, per cui nel determinare un vizio di conformazione per arresto di sviluppo, non deggiono aversi come sufficienti le prove dedotte dalla induzione, e dalla analogia, per quanto brillanti e ingegnose esser possano, nè bastar deve che ne venga mostrata in una od in un' altra specie di animali una disposizione permanente, normale più o meno simile a quella che è soggetto d' esame. La prova diretta è la sola ad esigersi, e noi diremo: » Mostrateci col coltello alla mano, che il prodotto » del concepimento presenta ad una data epoca della » sua vita embrionaria o fetale la disposizione di che » si tratta. »

Applicando i quali principj alla sventrazione ombelicale nasce subito la domanda, se nella vita fetale o embrionaria sia un' epoca, nella quale il prodotto del concepimento presenti quella disposizione di parti, che, in seguito, prende il nome di sventrazione ombelicale. Al che risponde coll'affermativa il Meckel, il quale descrive lo sviluppo del tubo intestinale, per rapporto alla sua situazione, nel modo seguente (*).

» La situazione del tubo intestinale non è la stessa » in tutte le epoche della vita intra-uterina, come chiara-

(*) Manuel d' anatomie générale, descriptive e patologique, trad. par A. J. L. Jourdan, Paris, 1825, t. III, p 422.

» mente resulta dai dettaglj dei quali occupavami fino
» a qui. Abbenchè formisi questo canale sulla faccia an-
» teriore della colonna vertebrale, esso pur tuttvia ne
» resta, per un tratto assai esteso di sua lunghezza, molto
» più lontano nei primi tempi della vita, che nelle epo-
» che susseguenti. E di principio, solo una piccolissima
» porzione delle sue estremità superiore ed inferiore tro-
» vasi compresa nella cavità addominale propriamente
» detta: *tutto il resto è rinchiuso nella guaina ombeli-*
» *cale*, la quale, sia per questa ragione, sia per altra cau-
» sa, mostrasi sommamente voluminosa, tanto che può
» venir riguardata come un prolungamento dell'addome....
» Verso la metà del terzo mese, il canale intestinale *rientra*
» *intieramente nella cavità del basso ventre*, ove la parte
» inferiore dell'intestino tenue è l'ultima a insinuarsi.

Geoffroy Saint-Hilaire, nella sua eccellente e coscienziosa opera (*), nella quale, ha egli elevato la teratologia al rango di una vera scienza, avente il suo metodo, le sue leggi, i suoi principj, stabilisce la teoria della sventrazione e dell'esonfalo nei termini seguenti: » È noto infatti, che
» nell' embrione umano, fino verso il principio del terzo
» mese gl' intestini ammassati e come natanti nella parte
» anteriore della cavità addominale, costituiscono un grup-
» po rinchiuso nella guaina allora amplissima e somma-
» mente estesa del cordone ombelicale, guaina che, a quel-
» l' epoca pure, tien luogo dei tegumenti per anco incom-
» pleti delle pareti addominali. Ora, appunto nella per-
» sistenza di tali condizioni embrionarie, deesi far con-
» sistere l' anomalia, distinta col nome di ernia ventrale
» o sventrazione.

» L' esonfalo poi resulta, del pari, dalla persistenza
» delle condizioni degli organi, ma ad un periodo più
» avanzato della vita fetale, di quello che sia nella sven-

(*) Histoire générale et particulière des anomalies de l' organisation chez l' homme et les animaux, Paris, 1832-1836, t. I, p. 373.

» trazione, in quel periodo, cioè, in cui la maggior parte
» dei visceri degenerati son già rientrati nella cavità
» addominale, la quale resta allora così esattamente chiusa
» anteriormente, come lo è sulle parti laterali, non ri-
» manendo altra comunicazione colla cavità, che l' aper-
» tura dell' ombelico. E fra tutte le porzioni del canale
» alimentare essendo l' ultimo a rientrare nell' addome
» il segmento inferiore del tenue intestino, così, questo
» solo esser deve, come lo è di fatto, quello che, nel
» caso di esonfalo, trovasi il più di frequente compreso
» nel tumore erniario. »

Lo attaccare una tal dottrina sostenuta dall' opinione di tutti i dotti di Germania e di Francia, e così bene collegata ed ordinata nei suoi diversi elementi, e maggiormente in un tempo in cui riguardare si vogliono come tanti attacchi personali, le confutazioni o anche delle semplici controversie legittime sulle opinioni scientifiche, lo attaccare, io dico, una tal dottrina, potrà forse reputarsi temerità. Io però, riflettendo non aversi altro argomento che più degli altri sia tollerante di libertà di discussione quanto l'argomento in materie scientifiche, e l'amor della verità facendo in me tacere qualunque altra considerazione, non mi ristava dallo andar dimostrando i resultati delle mie ricerche sullo sviluppo del canale intestinale, i quali non coincidevano punto col deposto del Geoffroy, perchè da essi non resultava in conto alcuno, esser la sede del canale alimentare fuori della cavità addominale. Questa proposizione, che con qualche timidezza scriveva nella mia anatomia descrittiva (*), torno a ripe-

(*) *Anatomie descriptive*, Paris, 1834, t. II, p. 543: » Conviengono
» tutti gli embriologisti, che nei primi tempi della sua formazione il
» canale alimentare non resta compreso nella cavità addominale se non
» che nelle sue due estremità superiore ed inferiore, quindi tutta
» la porzione intermedia, cioè a dire, la quasi totalità di questo canale
» verrebbe contenuta nella spessezza del cordone ombelicale, che
» per simil causa, presenterebbe un notabile rigonfiamento. E soltanto

ter qui in un modo più affermativo, perchè incoraggiato da numerosi fatti, i quali han potuto convertire i miei dubbj in assoluta certezza. E però, ritornando ora su ciò di che altrove tenea discorso (fasc. 47. *Ernie ombelicali* tav: II e III) dirò: » che nell' embrione in stato re-
» golare, gl' intestini occupano la cavità addominale con
» quella estensione ed ordine con che i polmoni ed il
» cuore occupano la cavità toracica, e come il cervello
» occupa la cavità del cranio; che i fatti dagli altri au-
» tori invocati a sostenere la teoria dell' arresto di svi-
» luppo, almeno in quanto alle ernie congenite dell'ad-
» dome, altro non essere, a mio avviso, se non se dei fatti
» eccezionali, da collocarsi nella stessa categoria di quelli
» dell' encefalocele, malattia che certo non fu mai repu-
» tata un arresto di sviluppo del cervello. »

Ebbi luogo, non ha guari, di esaminare un embrione di cinque in sei settimane, nel quale il cordone ombelicale presentava, in prossimità dell' ombellico, un rigonfiamento vessicolare, ovoide, trasparente; questo rigonfiamento che costituiva più della metà della lunghezza del cordone e che presentava nel suo centro i vasi ombelicali, non conteneva però alcuna ansa intestinale. L' addome era completamente chiuso, e l' apertura dell' om-

» verso la metà del terzo mese, secondo questi autori, il tubo intesti-
» nale rientrerebbe intieramente nella cavità dell' addome.

» A questa disposizione di parti riportare intanto potrebbesi la
» causa prossima delle ernie ombelicali congenite, le quali, cioè non
» altro sarebbero a riguardarsi che un arresto di sviluppo. Ora, su tal
» maniera di giudizio ne sia permesso di osservare primieramente: che
» la detta situazione degli intestini in una cavità formatasi entro la
» spessezza del cordone ombelicale non sembrami dimostrata in un modo
» positivo; che in un grandissimo numero di casi non riscontrasi punto
» la notata disposizione intestinale; che in qualche caso un' ansa intesti-
» nale soltanto mostrasi compresa nella spessezza del cordone ombelica-
» le, e se una qualche volta tutti gl' intestini vi si osservano contenuti,
» tale stato di parti non altro che uno stato morboso deesi ritenere, o
» almeno come il resultato del ritardo di sviluppo della parete ante-
» riore dell' addome. »

bellico non era maggior di quella che suol riscontrarsi in un feto di cinque mesi; niuna traccia di apertura riscontravasi lungo la linea mediana.

Quale è dunque l'epoca nella quale rendonsi apprezzabili le scissure mediane del sig. Serres e gl' intestini risedenti nella spessezza del cordone ombelicale? devesi forse questa fissare avanti la quinta, la quarta settimana, al momento, cioè, in cui i sigg. Rathke, Baer (*) e Breschet han riscontrato delle branchie negli embrioni dei mammiferi e dell' uomo?

Per quello dunque resulti dalla mia osservazione, l' arresto di sviluppo merita una intiera esclusiva nella interpellazione delle sventrazioni ombelicali. Chè se a me si ricercasse altra spiegazione che stesse in luogo di questa che io vado escludendo, risponderei, potersi trovare la ragione sufficiente della sortita dell' intestino a traverso l' anulo ombelicale e la distensione delle membrane d' inviluppo del cordone che costituiscono il sacco erniario, in una innormale attitudine del feto, in una compressione che su di esso operar potrebbesi in grazia appunto di questa sua viziata posizione. Così, venivami, non ha guari, rimesso dal sig. Dottor Voisin de Limoges, un feto, nel quale la sventrazione congenita, che conteneva insieme coll' intiero tratto del tenue intestino, una parte dell' intestino grosso e la quasi totalità del fegato, andava unita ad un rovesciamento del tronco all' indietro ed alla esistenza dei piedi torti con atrofia degli arti inferiori.

Chè supposto non venisse questa mia teoria a riscuotere la sanzione dei dotti, non perciò farebbesi più accettabile la dottrina dell'arresto di sviluppo (**). In fatto

(*) Vedete C. F. Burdach, Traitè de phisiologie considerée comme science d' observation, trad. de l' allemand, par A. G. L. Iourdan. Paris, 1838, t. I, II, III.

(**) Fate la comparazione nel Bullettin de l'Académie royale de médecine, Paris, 1838, t. II, p. 800 e 921.

di scienze uopo non è per rovesciare una teoria, che altra abbia ad esservene in sostituzione di quella che vien rigettata, non traendo a gravi conseguenze l' interregno delle teorie scientifiche. E dimostrare il vuoto di una teoria difettosa è il primo passo verso la verità, a cui succede il secondo, dal primo assai differente, la dimostrazione, cioè, di una teoria nuova.

La sventrazione ombelicale differisce essenzialmente dall' esonfalo, nel quale, gl' intestini trovansi contenuti in un sacco erniario, rivestito dal tessuto cutaneo. E qui domanderassi se l' esonfalo può manifestarsi avanti alla nascita, e se può darsi tanto l' esonfalo anteriore come l' esonfalo posteriore alla nascita. Abbenchè quest'ultima sia la opinione generalmente accettata (*), mi sia, ciò nonostante, permesso di annunziare, che nemmeno un solo fatto presentommi la pratica di esonfalo anteriore alla nascita, mentre moltissimi potrei ricordarne di esonfalo, formato in seguito ai primi vagiti ed ai primi sforzi del neonato.

(*) Isidoro Geoffroy Saint-Hilaire, Histoire des anomalies de l' organisation, t. 1, p. 373.

FINE DEL VOLUME III.

TAVOLA DELLE MATERIE

CONTENUTE NEL TERZO VOLUME.